

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, MALTRATO
INFANTIL Y ABUSO SEXUAL EN LAS VEINTE LOCALIDADES DEL DISTRITO
CAPITAL ENTRE EL AÑO 2011 Y 2012.

MARIA ELENA REYES ORTIZ

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÀREA ANDINA
ESCUELA DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA
BOGOTÁ D.C.
2013

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, MALTRATO
INFANTIL Y ABUSO SEXUAL EN LAS VEINTE LOCALIDADES DEL DISTRITO
CAPITAL ENTRE EL 2011 Y 2012.

MARIA ELENA REYES ORTIZ

Trabajo de grado para optar por el título de Especialista en Epidemiología

Asesora Temática:

Claudia Patricia Pacheco

Asesor Metodológico:

Jorge Arley Ramírez C

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÀREA ANDINA
ESCUELA DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA
BOGOTÁ D.C.
2013

CONTENIDO

I.	PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	5
II.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	7
III.	JUSTIFICACIÓN	8
IV.	OBJETIVOS	10
	4.1 OBJETIVO GENERAL	10
	4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
V.	MARCO REFERENCIAL	11
	5.1 MARCO ANTECEDENTES	11
	5.2 MARCO CONCEPTUAL	13
	5.3 MARCO TEÓRICO	21
	5.4 MARCO LEGAL	25
	5.4 MARCO CONTEXTUAL	27
VI.	DISEÑO METODOLÓGICO	30
	6.1 TIPO DE ESTUDIO	30
	6.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	30
	6.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	31
	6.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	31
	6.5 HIPOTESIS NULA	31
	6.6 HIPOTESIS ALTERNA	31
	6.7 VARIABLES	31
	6.8 INSTRUMENTO	34
	6.9 FUENTES DE INFORMACIÓN	34
	6.10 ASPECTOS ÉTICOS	34
VII.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	35
	7.1 VIOLENCIA FÍSICA	35
	7.2 VIOLENCIA EMOCIONAL	46
	7.3 VIOLENCIA SEXUAL	58
VIII.	CONCLUSIONES	70
IX.	RECOMENDACIONES	73

X. BIBLIOGRAFÍA	75
-----------------------	----

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Distribución Porcentual de Casos de Violencia Física según sexo en Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.	35
Gráfica 2. Distribución Porcentual de Casos de Violencia Física por localidad según sexo Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.	36
Gráfica 3. Distribución Porcentual de Casos de Violencia Física por localidad según grupo etáreo Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.	37
Gráfica 4. Distribución Porcentual de Casos de Violencia Física según aseguramiento Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.	38
Gráfica 5. Distribución Porcentual de Casos de Violencia Física según Estado Civil Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.	39
Gráfica 6. Distribución Porcentual de Casos de Violencia Física según Escolaridad Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.	40
Gráfica 7. Distribución Porcentual de Casos de Violencia Física según el tipo de secuelas Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.	41
Gráfica 8. Distribución Porcentual de Casos de Violencia Física por localidad en gestantes Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.	42
Gráfica 9. Distribución Porcentual de Casos de Violencia Física por localidad en personas en condición de discapacidad Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.	43
Gráfica 10. Distribución Porcentual de Casos de Violencia Física por localidad según el género del agresor Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.	44
Gráfica 11. Distribución Porcentual de Casos de Violencia Física según la relación con el agresor Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.	45
Gráfica 12. Distribución Porcentual de casos de Violencia emocional según sexo Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.	46
Gráfica 13. Distribución Porcentual de casos de Violencia emocional por localidad según sexo Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.	47

Gráfica 14. Distribución Porcentual de casos de Violencia emocional según grupo etáreo Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.....	48
Gráfica 15. Distribución Porcentual de casos de Violencia emocional según aseguramiento Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.	49
Gráfica 16. Distribución Porcentual de casos de Violencia emocional según estado civil Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.	50
Gráfica 17. Distribución Porcentual de casos de Violencia emocional según escolaridad Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.....	51
Gráfica 18. Distribución Porcentual de casos de Violencia emocional según el tipo de secuelas Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.	53
Gráfica 19. Distribución Porcentual de casos de Violencia emocional por localidad en gestantes Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.	54
Gráfica 20. Distribución Porcentual de casos de Violencia emocional por localidad en personas en condición de discapacidad Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.	55
Gráfica 21. Distribución Porcentual de Casos de Violencia emocional por localidad según el género del agresor Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.	56
Gráfica 22. Distribución Porcentual de Casos de Violencia emocional según la relación con el agresor Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.....	57
Gráfica 23. Distribución Porcentual de Casos de Violencia Sexual según sexo Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.....	58
Gráfica 24. Distribución Porcentual de casos de Violencia Sexual por localidad según sexo Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.....	59
Gráfica 25. Distribución Porcentual de casos de Violencia Sexual según grupo etáreo Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.....	60
Gráfica 26. Distribución Porcentual de casos de Violencia Sexual según aseguramiento Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.	61
Gráfica 27. Distribución Porcentual de casos de Violencia Sexual según estado civil Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.	62
Gráfica 28. Distribución Porcentual de casos de Violencia Sexual según escolaridad Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.....	63

Gráfica 29. Distribución Porcentual de casos de Violencia Sexual según lugar de ocurrencia Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.	64
Gráfica 30. Distribución Porcentual de casos de Violencia Sexual según el tipo de secuelas Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.	65
Gráfica 31. Distribución Porcentual de casos de Violencia Sexual por localidad en gestantes Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.	66
Gráfica 32. Distribución Porcentual de casos de Violencia Sexual por localidad en personas en condición de discapacidad – Colombia en el 2011 y 2012.	67
Gráfica 33. Distribución Porcentual de casos de Violencia Sexual según el género del agresor – Colombia en el 2011 y 2012.	68
Gráfica 34. Distribución Porcentual de casos de Violencia Sexual según la relación con el agresor – Colombia en el 2011 y 2012.	69

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de Variables.	31
Tabla 2. Distribución Porcentual de Casos de Violencia Física según Lugar de Ocurrencia Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.	41
Tabla 3. Distribución Porcentual de casos de Violencia emocional según lugar de ocurrencia Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.	52

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. Ficha de notificación al sistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual	78
--	----

I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La violencia siempre ha estado presente desde la existencia de la humanidad y sus efectos se pueden ver día tras día, bajo diversas formas, en todas partes del mundo. Cada año, más de 1,6 millones de personas pierden la vida y muchas más sufren lesiones no mortales como resultado de la violencia autoinfligida, interpersonal o colectiva. La violencia es una de las principales causas de muerte en todo el mundo para la población de 15 a 44 años de edad. Los costos de la violencia pueden llegar a sobrepasar los miles de millones de dólares cada año; expresados en asistencia sanitaria, días laborables perdidos, medidas para hacer cumplir las leyes e inversiones malogradas. Desde luego, es imposible calcular el costo humano en aflicción y dolor, debido a que algunas víctimas guardan silencio ante las experiencias vividas, pasándose por alto la realidad de la situación. En otras ocasiones, algunas causas de la violencia se pueden ver con facilidad y se arraigan profundamente en el entramado social, cultural y económico de la vida humana. Investigaciones recientes indican que aunque determinados factores biológicos y otros elementos individuales explican parte de la predisposición a la agresión, más a menudo interactúan con factores familiares, comunitarios, culturales y otros agentes externos para crear una situación que favorece el surgimiento de la violencia. (Dalhberg, 2003)

A pesar de que la violencia siempre ha estado presente, el mundo no tiene que aceptarla como una parte inevitable de la condición humana, por ello a través del tiempo han surgido sistemas tanto religiosos, filosóficos, jurídicos como comunales que buscan prevenirla o limitar su aparición; pero infortunadamente ninguno ha sido completamente exitoso. Desde principios de los años ochenta, el campo de la salud pública ha pasado a ser un recurso valioso en la respuesta a la violencia. Una amplia gama de profesionales, investigadores y sistemas de salud pública han procurado comprender las raíces de la violencia y evitar que surja. Los ejemplos de resultados exitosos en este sentido pueden encontrarse en todo el mundo, desde las acciones individuales y comunitarias en pequeña escala hasta las iniciativas nacionales de política y legislativas. (Organización mundial de la salud, 2002)

La violencia en la ciudad de Bogotá y específicamente la violencia intrafamiliar, infantil y sexual se ha configurado como eje central del abordaje de políticas y acciones encaminadas a su prevención y atención. Es de esta manera que desde el sector salud se realiza una recopilación de información a través de la implementación de un sistema de vigilancia que se consolida como red y permite vincular a entidades públicas y privadas de salud, así como a los diversos sectores, incluyendo la comunidad, que a través del proceso de notificación permita actuar en pro del restablecimiento de derechos de las víctimas y a su vez se constituye como una fuente principal de datos sobre estos eventos. Sin embargo, es preciso que una temática como la violencia intrafamiliar, infantil y sexual en el distrito capital no sólo sea descrita a partir de sus múltiples características sino que debido a la diversidad de espacios de la

ciudad ubicados en sus variadas localidades se pueda desarrollar un estudio que permita comparar las expresiones de la violencia dentro de estos espacios cotidianos, relacionados y que adquieren significados para las víctimas. De esta manera se permitiría ahondar más allá de los imperativos de persona, lugar y tiempo a través de un análisis que permita destacar asociaciones entre variables sociodemográficas y los tipos de violencia y a su vez realizar un comparativo entre las localidades que beneficie la discusión para resaltar aspectos particulares que puedan actuar como ejes para la prevención y atención y además finalmente, proponer hipótesis que puedan ser probadas en posteriores estudios. (Dalhberg, 2003)

El presente estudio toma como base una investigación realizada por Flórez C. y González A. titulado “Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las veinte localidades del distrito capital durante el año 2011”; donde se describe la violencia desde los aspectos más relevantes en relación con el ser humano y la ciudad de Bogotá - Colombia. Con esto, se busca realizar un acercamiento al fenómeno de la violencia, desde los eventos registrados por entes de operación y control de salud pública en diferentes localidades de la ciudad. Además, en este estudio se busca comparar y ver los cambios y comportamientos que potencialmente tiene la violencia en dos periodos de tiempo. Se espera que con esto, se logre realizar una reflexión cuali-cuantitativa de los efectos potenciales que han tenido las acciones de control para la prevención de la violencia en el Distrito Capital Bogotá.

II. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las diferencias que existen de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las veinte localidades del distrito capital en los años 2011 y 2012?

III. JUSTIFICACIÓN

Los diferentes tipos de violencia es una constante en la vida de cada una de las personas en todo el mundo; afectando a toda la población de una u otra forma. Ningún país, ninguna ciudad es inmune a este flagelo, pero no por ello debemos ser tolerantes ante esto. Además, donde existe la violencia, la salud del individuo y de la comunidad corre grave peligro.

No hay país ni comunidad a salvo de la violencia. Las imágenes y las descripciones de actos violentos invaden los medios de comunicación. Está en nuestras calles y en nuestros hogares, en las escuelas, los lugares de trabajo y otros centros. Es un azote ubicuo que desgarró el tejido comunitario y amenaza la vida, la salud y la felicidad de todos nosotros. Cada año, más de 1,6 millones de personas en todo el mundo pierden la vida violentamente. Por cada persona que muere por causas violentas, muchas más resultan heridas y sufren una diversidad de problemas físicos, sexuales, reproductivos y mentales. La violencia es una de las principales causas de muerte en la población de edad comprendida entre los 15 y los 44 años, y la responsable del 14% de las defunciones en la población masculina y del 7% en la femenina, aproximadamente. (Organización mundial de la salud, 2002)

La violencia está tan presente, que se la percibe a menudo como un componente inevitable de la condición humana, ante el cual hemos de reaccionar en lugar de prevenirlo. Suele considerarse, además, una cuestión de «ley y orden», en la que el papel de los profesionales de la salud se limita a tratar las consecuencias. Pero estos supuestos están cambiando, gracias al éxito de fórmulas de salud pública aplicadas a otros problemas sanitarios de origen medioambiental o relacionados con el comportamiento, como las cardiopatías, el consumo de tabaco y el virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA). A menudo, la violencia puede prevenirse. Al igual que otros problemas de salud, no se distribuye de manera uniforme entre los diversos grupos de población o los entornos. Muchos de los factores que elevan el riesgo de violencia son comunes a los distintos tipos de ésta, y es posible modificarlos. Por ello la importancia de la prevención primaria. (Organización mundial de la salud, 2002)

Este estudio busca describir las características y las diferencias de la violencia como un problema de salud pública que está presente en todos los escenarios de la cotidianidad en dos periodos de tiempo; y dimensionarla como un fenómeno que aunque difícil de manejar puede ser evitable. La violencia es un problema complejo, relacionado con esquemas de pensamiento y comportamiento conformados por multitud de fuerzas en el seno de las familias y comunidades, fuerzas que pueden también traspasar las fronteras nacionales. Es preciso centrar una mirada desde un ámbito local en Colombia y por supuesto en el ambiente de una ciudad principal en la cual convergen potencialmente diferentes motivaciones, comportamientos, funcionamientos y consecuencias de la violencia y en el caso particular de la violencia familiar.

Además de lo anterior, es preciso reconocer que la violencia intrafamiliar es una nominación que trasciende de ese contexto en el que por ejercicio gramatical se entiende que es solo de la familia, cuando además de ser de la familia, este fenómeno está ubicado en la comunidad como actor causante y consecuente. Por ello se convierte en una preocupación de diferentes sectores de la sociedad y los entes gubernamentales; de allí que el acercamiento que aquí se propone, revista su importancia en aportar herramientas a esos sectores en las políticas y demás procesos con los cuales se afronta o interviene fenómenos como el que es objeto de esta investigación.

Por tal razón bajo la convicción social de que no se deben escatimar esfuerzos en la búsqueda de planes y políticas de salud pública encaminadas en la detección de factores de riesgos y acciones de prevención de la violencia, este estudio pretende fomentar de manera secundaria la evaluación de programas de promoción de la salud y prevención de la violencia de acuerdo a los hallazgos obtenidos.

Los aportes de esta investigación en relación a la epidemiología son relativos a un campo que se vincula con aspectos en los cuales desde el quehacer disciplinar no se hace sencillo hacer mediciones y proyecciones como lo es la violencia, por ser un fenómeno que combina factores psicosociales, culturales, físicos entre otros mucho más; entonces en la complejidad del fenómeno el aporte del estudio es probar una serie de herramientas para hallazgos del orden cuantitativo pero que deriva en análisis del orden más cualitativo. En este estudio se describe la violencia en un periodo de tiempo determinado, donde el comportamiento humano, la dinámica social y las intervenciones en salud pública adquieren enorme importancia.

IV. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

- Comparar la violencia intrafamiliar, infantil y sexual en las veinte localidades del Distrito Capital en los años 2011 y 2012.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar la violencia física, emocional y sexual en las veinte localidades del Distrito Capital durante el 2012.
- Identificar factores sociodemográficos relacionados con la violencia física, emocional y sexual en las veinte localidades del Distrito Capital entre el año 2011 y 2012.
- Establecer las diferencias de la violencia física, emocional y sexual en las veinte localidades del Distrito Capital entre el año 2011 y 2012.

V. MARCO REFERENCIAL

5.1 MARCO ANTECEDENTES

En las Américas, uno de los temas más prominentes y que más ocupan la atención de los gobiernos, la sociedad civil y los organismos internacionales es indudablemente el de la violencia en sus diferentes formas y manifestaciones. En la violencia influyen múltiples factores políticos, económicos y culturales que tienen consecuencias irreparables para los individuos, la familia y los distintos grupos de población. La violencia menoscaba el desarrollo sostenible de las naciones y las bases de la institucionalidad democrática. Se trata de un problema que fácilmente nos abruma por su complejidad. Hace ya varias décadas Martin Luther King, que recibió el Premio Nobel de la Paz en 1964, afirmó lo siguiente en torno a la violencia: “Hemos volado en el aire como los pájaros y nadado en el mar como los peces, pero todavía tenemos que aprender el simple hecho de caminar por la tierra como hermanos”. (Orpinas & De los Ríos, 1999)

En un estudio multicéntrico realizado por investigadores de la Región de las Américas y España en 1999 se examina la violencia física interpersonal y contribuye a su comprensión desde la perspectiva de las ciencias de la conducta. En ella se describen los resultados del Estudio Multicéntrico sobre Actitudes y Normas Culturales frente a la Violencia (proyecto ACTIVA) y se presentan, asimismo, algunas propuestas e iniciativas para abordar el problema. El proyecto ACTIVA, que representó una iniciativa interamericana de cooperación entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y centros de investigación de siete países, se llevó a cabo con un nuevo esquema de colaboración internacional para la investigación en salud pública. De los Ríos describe sus principios generales en uno de los artículos de este número. La OPS identificó a los centros e investigadores, estableció la coordinación entre ellos y aportó la cooperación técnica y el financiamiento necesarios para desarrollar el protocolo del estudio, elaborar las pruebas de campo del cuestionario, revisar y compilar las bases de datos y disseminar los resultados. (Orpinas & De los Ríos, 1999)

En otros estudios realizados por Sergio Adorno, profesor titulado en Sociología de la facultad de filosofía de la Universidad de Sao Paulo, llega a la conclusión de que el mundo entero está tendiendo a ser más violento. Según el autor deduce de un estudio que comenzó en 1983, Alemania, Bélgica, Dinamarca y Holanda, han estado viendo crecer aceleradamente su criminalidad en las últimas décadas. Sólo en Inglaterra, en 1964 se registraron mil actos de violencia, dos mil en 1975, y tres mil en 1985. Asimismo entre 1958 y 1968 la tasa de homicidios de Estados Unidos aumentó 48 %, la de secuestros 67% y la de asaltos 139 %; y de acuerdo con datos más recientes el crecimiento ha sido constante hasta hoy. Y ninguno de los anteriores índices de violencia se iguala al de los países latinoamericanos, que son los más violentos del mundo.

En Brasil las muertes violentas se incrementaron en 60% en la década de los ochenta. En Caracas, dice un estudio de 1997, 9,4% de la población tiene un arma de fuego, y 32% dice que la tendría si pudiera. En Tegucigalpa una menor es violada o sometida a abuso sexual a diario en promedio. (Silva & Gross B., 2003)

Las estadísticas pueden ser engañosas a la hora de hacer comparaciones diacrónicas, las encuestas sociológicas recién se pusieron de moda en el siglo XX, aunque ya habían comenzado a archivarse en Europa a mediados siglo XIX. Cómo podríamos asegurar que en los tiempos de la revolución francesa había menos violencia, o en el Medioevo, o la Roma imperial (por referirnos a Occidente como casi sólo hace Adorno). La interpretación histórica hecha a partir de series de información inventarial implica la confrontación de datos relativos a categorías semejantes, y estos con frecuencia no existen. Además, la dramatización de la violencia es un ritual que existe en todas las sociedades. La proclividad de traer a colación ejemplos de comportamientos violentos, por paradójico que pueda parecer, está al servicio de la solidaridad; si en una sociedad se habla mucho de violencia es porque sus miembros están anhelando mayor cohesión. (Silva & Gross B., 2003)

En Colombia se ha hecho investigación sobre violencia desde antes de que se constituyera “la violentología” como campo de estudio. El trabajo pionero, *La Violencia en Colombia* fue desarrollado por Orlando Fals Borda, Eduardo Umaña y Germán Guzmán, en los inicios de la década de los sesentas, el primero como Decano de la Facultad de Sociología, quien con el respaldo de los directivos de la Universidad Nacional y con el beneplácito de la Presidencia de la República, toma la decisión de “bucear por los trasfondos (...) escalofriante de la violencia”, con el rigor, la sistematicidad y la explicitud de sus fuentes y procedimientos, procurando mantenerse dentro de los cánones dominantes en la investigación científica de la época: objetividad, veracidad, “aún a costa de rasgar velos, tocar áreas prohibidas y desafiar la ira de intereses creados”. Pero, es sólo a finales de los setentas cuando comienzan a desarrollarse los estudios sobre la violencia. A partir de entonces, la violencia de la década de los cincuentas se analiza tanto en sus expresiones regionales como en la diversidad de sus manifestaciones, sin que desaparezca de la agenda de los investigadores, pero cada vez en menor intensidad. En 1985, en el I Simposio Internacional sobre la violencia (Bogotá, junio de 1984), se observaba que pese al volumen antes nunca visto de trabajos, lo que quedaba por hacer superaba los avances logrados, dada la complejidad del fenómeno, tal como reza la presentación de *Pasado y presente de la violencia en Colombia*, obra que recoge una selección de las ponencias presentadas por destacados historiadores y sociólogos extranjeros y nacionales. (Canavate, 2000)

Desde finales de los ochentas los estudios han acompañado el desarrollo de los acontecimientos políticos de violencia en el país y se han diversificado los ángulos de interés, tanto como los eventos mismos. Aunque no se abandonan los análisis de la violencia del medio siglo XX, las preocupaciones giran hacia las nuevas manifestaciones de la violencia política y social. Sociólogos,

historiadores, economistas, politólogos, ahora reconocidos como “violentólogos”, aportan desde sus disciplinas diversos enfoques y aproximaciones teóricas y metodológicas al problema: estudios históricos o actuales, nacionales, regionales o locales; de los actores o de las instituciones; análisis de coyuntura, de estructura o de los contextos explicativos de la violencia. Instituciones universitarias y organismos no gubernamentales dan cuenta de estos desarrollos a través de sus publicaciones y su influencia en la opinión pública. (Canavate, 2000)

5.2 MARCO CONCEPTUAL

Violentar: Es abusar de una fuerza, utilizarla de un modo dañoso, que perjudique a alguien o algo. Violencia también es aquello que perturba nuestro vivir conforme con lo que tengamos por seguro, previsible, esperado. Es probable que en toda sociedad, matar, robar, mentir conlleve en principio mal uso, abuso de poder, pero tales acciones pueden ser justificadas: cuando se mata en defensa propia, se le roba comida a un rico por hambre, se dicen mentiras blancas para no causar dolor. (Silva & Gross B., 2003)

Un acto de violencia suele condenarse con más dureza cuando ha llevado alevosía que si es accidental, al punto que la ingenuidad o la ignorancia llega a confundirse con la inocencia. Un niño pequeño que en una pelea empuja a su hermano por una escalera y lo mata, por lo común es menos castigado, tanto por la opinión pública como por las leyes, que el hombre que escondido, al pasar una niña, masturbándose alta sobre ella. La gravedad en cuanto a las consecuencias de las dos situaciones planteadas es muy distinta, en la primera, la víctima muere, mientras que en la segunda... puede sufrir trauma mental. Pero como la percepción de la violencia no está limitada a hechos objetivos, sino que depende de la intención de los sujetos, el sádico, por haber actuado a propósito, ha de pagar caro. En un afán de neutralidad para juzgar con justicia, todos los países modernos han asentado por escrito las leyes del derecho positivo, pero no para seguirlas ciegamente (a pesar de que a veces la imagen de la diosa romana *Justitia* sea representada con una venda ante los ojos), sino para que las interprete un juez, y en algunos casos también un jurado —caso éste en que tiene cabida institucional reconocida el derecho consuetudinario. Así vemos que, si ni en los casos más formales la violencia es juzgada según un patrón rígido, no hay razón para esperar algo diferente fuera de los tribunales, donde todos los seres humanos somos jueces a cada instante. El juicio sobre la violencia en la vida cotidiana tiende a ser más casuístico que de lógica abstracta, y es que los abusos dependen de la dinámica de los usos, de las costumbres de una persona, de una familia, una sociedad, y estos varían de lugar en lugar y de época en época, no son universales. Los hinchas que se enfrentan a golpes en un juego de fútbol no se ven a sí mismo como violentos, sino como partícipes de la cultura deportiva; las peleas con que suelen terminar algunas fiestas populares han formado parte durante mucho tiempo de un folclore centrado en el consumo de alcohol; hace

apenas unos años que las mujeres latinoamericanas denuncian los maltratos sexuales a los que sus madres y abuelas eran sumisas. (Silva & Gross B., 2003)

Violencia Intrafamiliar: Teniendo presente la clasificación de la OMS para la violencia es pertinente en razón del presente trabajo abordar la violencia interpersonal dentro de la esfera familiar, la cual también ha sido denominada violencia doméstica o intrafamiliar. Según la OMS este tipo de violencia se encuentra diseminada en todo el mundo y presenta dependiendo de las características sociales y culturales muchas variantes. Sin embargo, de manera general se refiere un tipo de violencia presente entre las personas que tienen algún vínculo o parentesco e incluye por tanto, a diversas personas. (Molina Rico, Moreno Méndez, & Vásquez Amézquita, 2010) En este punto la violencia contra la pareja, los niños y niñas y los adultos mayores son sus expresiones más habituales. Según la OMS en su Informe Mundial sobre la Violencia y Salud del año 2002 la violencia contra la pareja más común es la infligida hacia las mujeres pues entre un 10% y 69% de las mujeres señalaron haber sido víctimas de agresiones físicas por parte de una pareja masculina. (Organización Mundial de la Salud – Organización Panamericana de la Salud, 2002) Así mismo, la OMS en el Estudio multipaís sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer a través de información recolectada en diez países señala que entre un 15% y 71% de las mujeres que habiendo reportado pareja en algún momento de su vida habían sufrido de violencia física o sexual o ambas. (Organización Mundial de la Salud, 2005)

En razón a este proceso es que desde diversas organizaciones se ha reconocido esta situación con el objetivo de puntualizarla y definirla, como es el caso de la Organización de Naciones Unidas que en su Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer señala que es: “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”. (Organización de Naciones Unidas, 1993)

Sobre las secuelas emocionales y psicológicas numerosos estudios señalan que existen más posibilidades de sufrir de angustia emocional con síntomas como llanto fácil, incapacidad para disfrutar de la vida y fatiga, a su vez se relaciona con comportamientos suicidas. (Organización Mundial de la Salud, 2005). En la literatura también se encuentra que genera distrés entendido como el tipo de estrés que produce consecuencias negativas para aquella persona que lo manifiesta, estrés postraumático pues al haber estado en exposición de un suceso experimentado como traumático la respuesta ha sido temor y desesperanza, impacto negativo en el sistema inmunológico y disminución en la capacidad de afrontamiento. (Canaval, González, Humphreys, De León, & González, 2009)

Igualmente, se pueden presentar tendencias o conducta suicida debido a la violencia infligida la cual puede llegar a ser de una quinta parte de mujeres

maltratadas por sus parejas y se acentúa en las mujeres que presentan enfermedades crónicas o discapacitantes, y de forma general a mayor edad de la mujer víctima de violencia de parte de sus parejas mayor intento o amenaza suicida. (Cavanaugh, Messing, Del-Colle, Melissa, O'Sullivan, & Campbell, 2011), situación que ha sido previamente encontrada por la OMS en su Estudio multipaís sobre la salud de las mujeres que revela lo frecuente de los problemas en la salud mental de mujeres víctimas de violencia de pareja expresados en angustia y comportamientos suicidas, conductas que al compararlas con las mujeres que no han sido víctimas son significativamente mayores. (Organización Mundial de la Salud, 2005)

Pero dejando de lado las consecuencias, también son muchos los factores que posibilitan una conducta agresiva, entre las que se encuentran los antecedentes de violencia al interior de la familia y la experiencia cercana de este tipo de violencia por parte de conocidos o amigos. (Rey Anacona, 2009)

De igual manera existen factores individuales, familiares y del contexto social que exponen o protegen a las mujeres de una situación de riesgo. Entre los primeros factores se pueden encontrar el nivel educativo que indica que a mayor educación menor riesgo de maltrato, autonomía económica que indica que aquellas mujeres que poseen ingresos tienen menor riesgo de maltrato, empoderamiento visto como acciones en torno a la participación activa, y antecedentes de violencia que revela inicialmente que las mujeres cuyo padre fue maltratador y a su vez tuvieron antecedentes de maltrato, tienen más riesgo de ser maltratadas lo que se relaciona con un tipo de condicionamiento que indica que las mujeres víctimas de violencia aprenden a aceptar la violencia o que aquellas mujeres que no perciben la violencia como negativa tienen más posibilidades de establecer o tolerar relaciones violentas. (Departamento Nacional de Planeación DNP, Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico CEDE –Universidad de los Andes, 2004)

Otros factores, específicamente relacionados con la pareja se encuentran el grado de comunicación que al ser deficiente aumenta el riesgo, la situación laboral pues a menores ingresos en el hogar mayor riesgo, antecedentes de violencia que indica que los hombres cuyos padres fueron maltratadores y que a su vez estos tuvieron antecedentes de maltrato tienen más riesgo de ser maltratadores y consumo de alcohol y demás sustancias pues influye también en la mala utilización de los ingresos, pues al ser desviados precarizan la situación económica de la familia y representa mayor riesgo para maltrato doméstico de parte del hombre; finalmente, se encuentra que aquellos hogares cuyos adultos tienen menores niveles de educación presentan mayor incidencia de violencia intrafamiliar (Departamento Nacional de Planeación DNP, Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico CEDE –Universidad de los Andes, 2004).

Con respecto al contexto social se hallan la desigualdad económica entre mujeres y hombres, la red de apoyo social que muestra que de existir un apoyo efectivo y contra el maltrato a las mujeres menor riesgo de que se presente, las actitudes hacia los roles de cada sexo, la intervención negativa de la red

familiar y social en los episodios de violencia permitiendo o normalizando las conductas de agresión hacen que se presente mayor riesgo de que las mujeres que vivan en estas comunidades sufran agresiones por parte de sus parejas. (Organización Mundial de la Salud, 2005)

Así mismo, el anterior estudio menciona preponderantemente variables sociodemográficas asociadas con la violencia de pareja, las cuales son: edad, estado de la relación y educación. Para la edad se encuentra que a menor edad hay mayor riesgo de violencia física y sexual o ambas por parte de su pareja; con respecto al tipo de relación se evidencia que las mujeres que reportan ser divorciadas o separadas refieren mayor violencia por parte de sus parejas cuando las tuvieron, así mismo las mujeres que cohabitan también señalan mayor grado de violencia. Finalmente, en relación con la educación, a mayor nivel educativo menor violencia, incluso se comporta como un factor protector independientemente de sus ingresos y edad; empero señalan que el papel protector de la educación parece ser efectivo cuando las mujeres cursan estudios postsecundarios (Organización Mundial de la Salud, 2005)(Departamento Nacional de Planeación DNP, Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico CEDE –Universidad de los Andes, 2004). Igualmente, estudios señalan que la violencia psicológica tiene una mayor presencia cuando las mujeres tienen mayor nivel educativo. (Kalaca & Dundar, 2010)

Lo que también se relaciona con mayores ingresos y mayor estrato socioeconómico los cuales proporcionan protección contra la violencia de pareja (Kalaca & Dundar, 2010). Así mismo, los grupos familiares sin violencia intrafamiliar tienen más ingresos, más mujeres como proporción de los miembros totales del hogar, menos integrantes en el hogar y menos hacinamiento (Departamento Nacional de Planeación DNP, Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico CEDE –Universidad de los Andes, 2004). También merece ser expuestos los hallazgos de una investigación realizada sobre violencia y noviazgo donde señalan que la prevalencia de maltrato psicológico fue mayor que los demás tipos, triplicando al físico y prácticamente cuadruplicando al económico y que ésta última expresión del maltrato es mucho más frecuente que el abuso sexual siendo los hombres lo más afectados (Rey Anacona, 2009).

Todo lo expuesto anteriormente se centra en un tipo de agresor, el cual es la pareja, sin embargo, se encuentra en la literatura que la característica primordial del agresor, sea cual fuese está enfocada a un tipo de conducta dominante. Esto se relaciona con la cultura androcentrista que potencia esta particularidad en los hombres encontrándose un porcentaje significativamente mayor de hombres dominantes que son agresivos y agresores de sus parejas (Organización Mundial de la Salud, 2005).

Maltrato Infantil: seguidamente, la violencia hacia los niños y niñas es un tópico importante de la violencia intrafamiliar aunque también se encuentran expresiones de violencia hacia este grupo poblacional cuyo agresor es externo al ámbito familiar. Sólo hasta en la década de los 60's, un problema como este recibió algún tipo de atención. En Estados Unidos en el año 1962 se acuñó el

término de síndrome de niño golpeado a través de la publicación de un trabajo científico titulado de esta forma y propició cambios legislativos y sociales que trascendieron a nivel mundial. En la actualidad el maltrato a los niños y niñas se relaciona con un aspecto cultural importante y son las normas, expectativas de la conducta de los padres, pautas de crianza y cuidado en las diversas culturas que existen, sin embargo, existen consensos en lo referente a prácticas ejemplarizantes severas y el abuso sexual (Organización Mundial de la Salud – Organización Panamericana de la Salud, 2002). Para la OMS este tipo de maltrato se define “como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder” (Organización Mundial de la Salud, 2010).

En cuanto a los factores relacionados con la familia o personas que estén a cargo de los niños o niñas se encuentra que el sexo es importante, en tanto las mujeres son más susceptibles de emplear castigo físico, empero los hombres son quienes agreden físicamente con mayor riesgo de letalidad o secuelas; para el abuso sexual los hombres son quienes predominantemente lo cometen. En tanto lo referente a las características de la familia es más factible que los padres jóvenes, solteros, con bajo nivel educativo y con problemas económicos sean quienes mayormente maltratan físicamente; así mismo, a mayor número de integrantes en la familia mayor riesgo de maltrato lo que se relaciona también con el hacinamiento, mayor número de hijos y finalmente la recomposición familiar también es un factor de riesgo para el descuido. (Departamento Nacional de Planeación DNP, Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico CEDE –Universidad de los Andes, 2004)

También, es considerado como un importante factor para la presencia de agresión es la maternidad obligada que se refiere a que no existe la posibilidad de parte de la mujer de realizar un ejercicio de decisión libre y voluntaria sobre el hecho de ser madre y más bien se vincula la maternidad como una expectativa normal asociada a la mujer impidiendo el disfrute pleno de la sexualidad y el goce de sus derechos sexuales y reproductivos. (Barcelata Eguarte & Alvarez Antillón, 2005) Además, ciertas características psicológicas y del comportamiento de los padres los hacen más proclives a maltratar físicamente tales como baja autoestima, mínimo control de impulsos, baja tolerancia a la frustración y problemas mentales. (Organización Mundial de la Salud – Organización Panamericana de la Salud, 2002) Entre los factores sociales están el aislamiento social de los padres y características culturales del contexto ligadas a funciones de género, un frágil sistema de asistencia social aunado a políticas poco claras en este aspecto, así como circunstancias de guerra y conflicto lo agudizan. (Organización Mundial de la Salud – Organización Panamericana de la Salud, 2002)

Con respecto a las consecuencias del maltrato infantil se encuentra en la literatura que el maltrato infantil hace que el niño o niña presente aplanamiento

emocional, limitación para experimentar placer, hipervigilancia, dificultad para establecer vínculos afectivos, baja autoestima y bajo autoconcepto, depresión, antisociabilidad, bajo rendimiento académico y conduce a mayores tasas de psicopatología, especialmente trastornos de ansiedad y estrés postraumático. (Barcelata Eguiarte & Alvarez Antillón, 2005)

Aunque no son sólo consecuencias de tipo psicológico las que se pueden mencionar, también existen pruebas de que ciertas enfermedades como cardiopatía isquémica o fibromialgia se relacionan con antecedentes de maltrato infantil. (Organización Mundial de la Salud – Organización Panamericana de la Salud, 2002) Es importante señalar también que las consecuencias a largo plazo son importantes, pues personas adultas víctimas de maltrato infantil pueden sufrir de depresión, consumo de tabaco y exceso de consumo de alcohol y drogas, conductas sexuales de alto riesgo y embarazos no deseados, así como pueden padecer enfermedades del corazón e infecciones de transmisión sexual. (Organización Mundial de la Salud – OMS, 2010)

Finalmente, en cuanto a la relación entre violencia intrafamiliar y maltrato infantil se señala que ante la presencia de la primera existen dos veces más riesgo de maltrato infantil. Así mismo, los niños expuestos a maltrato tienen mayores problemas de conducta y se ha encontrado relación entre hijo golpeado-padre maltratador. (Barcelata Eguiarte & Alvarez Antillón, 2005) Esta diada se sustenta en que una persona sometida a constante estrés presenta mayor riesgo de convertirse en una persona que maltrata, es así como prevalecen los modelos de crianza que justifican el maltrato y que impiden que los miembros de la familia puedan entender demandas y necesidades entre ellos; esto se relaciona con la forma en la cual una persona interpreta significados y actúa, en tanto al experimentar maltrato se modela la capacidad de pensamiento que aprende significados y símbolos asociados al maltrato y que en el continuo proceso de interacción permite la acción y es aquí donde un padre actúa con base en los antecedentes previos, aunque es claro señalar que desde esta mirada y dado que las personas tienen la posibilidad de modificar y alterar significados y símbolos es que el vínculo puede ser roto.

En último lugar como se había mencionado anteriormente, la violencia hacia los adultos mayores es una de las expresiones de la violencia doméstica y comprende al igual que el maltrato infantil de agresiones físicas, sexuales, psicológicas y abandono, sin embargo, esta población es más susceptible de sufrir abusos económicos relacionados con el uso inadecuado de sus recursos por parte de parientes o cuidadores. Así mismo, esta expresión de la violencia es poco estudiada aunque se menciona que cerca de un 4% a 6 % de esta población sufre algún tipo de maltrato en el hogar. (Organización Mundial de la Salud – Organización Panamericana de la Salud, 2002)

Abuso sexual: finalmente, se tratará la violencia sexual y acogeremos la definición de la OMS debido a la cantidad de opiniones al respecto y con el objetivo de unificar conceptos, la cual señala que la violencia sexual es “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o

insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo” (Sexual Violence Research Initiative SVRI, Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA, Organización Panamericana de la Salud OPS, 2010) Aunque la violencia sexual comprende una gran diversidad de actos, lo que se encuentra en la literatura es que las víctimas se concentran en su mayoría en las mujeres, ya sean adultas o niñas y los agresores son a su vez los hombres, adultos o niños; lo que revela las desigualdades de género. Las cifras señalan que de las mujeres que tuvieron o tienen pareja 1 de 4 sufrieron de violencia sexual por parte de ésta y hasta en una tercera parte de las mujeres adolescentes la iniciación sexual ha sido forzada. Igualmente, se encuentra que tanto más tempranamente se dé la primera relación sexual mayor es la probabilidad de que hubiera sido forzada. (Organización Mundial de la Salud – Organización Panamericana de la Salud, 2002)

En cuanto al tipo de agresor en la región de Latinoamérica y El Caribe se determina que las relaciones sexuales forzadas por una pareja íntima se encuentran entre un 5% a 47% y por otra persona distinta a la pareja se hallan entre un 8% a 27% en algún momento de su vida. (Sexual Violence Research Initiative SVRI, Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA, Organización Panamericana de la Salud OPS, 2010) Las consecuencias de este tipo de violencia son innumerables, específicamente en la salud sexual y reproductiva pues se encuentra el contagio de VIH y demás enfermedades de transmisión sexual, embarazo, sangrados vaginales o infecciones, fibromas, irritación, dolor pélvico entre otras. (Sexual Violence Research Initiative SVRI, Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA, Organización Panamericana de la Salud OPS, 2010) Entre tanto las consecuencias en la salud mental son duraderas, profiriendo en muchos casos un signo de vergüenza y culpa en las víctimas. También se asocia con el suicidio, aunque las investigaciones no señalan directamente su relación con otro tipo de conducta o trastorno. (Organización Mundial de la Salud – Organización Panamericana de la Salud, 2002) En consonancia con el Modelo Ecológico se mencionarán los factores personales o individuales, interpersonales relacionados con la familia y los sociales asociados con la violencia sexual. Entre los primeros se encuentran la edad, el nivel socioeconómico, antecedentes de violencia y percepción sobre los roles de género. Con respecto a la edad se encuentra que a menor edad mayor riesgo, pues las víctimas en su mayoría se concentran en niños y adolescentes de ambos sexos, aunque las niñas son superiormente susceptibles. (Sexual Violence Research Initiative SVRI, Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA, Organización Panamericana de la Salud OPS, 2010)

Para el nivel socioeconómico no hay datos concluyentes en relación con la violencia sexual dentro de la esfera de lo familiar, sin embargo, cuando los agresores son externos a menor nivel socioeconómico mayor riesgo. (Sexual Violence Research Initiative SVRI, Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA, Organización Panamericana de la Salud OPS, 2010) En cuanto a los

antecedentes de violencia sexual la literatura señala que las niñas que sufren de abuso sexual en la infancia tienen más probabilidades de ser nuevamente víctimas de este tipo de violencia, lo que se relaciona con el hecho de que el abuso sexual en la infancia aumenta la vulnerabilidad a la revictimización, lo que significa que las víctimas tienen menor seguridad en su autoestima y presentan una menor noción sobre el abuso experimentado. Y, en relación con la percepción de roles, las mujeres víctimas de abuso sexual parecen justificar el maltrato infligido por la pareja. (Sexual Violence Research Initiative SVRI, Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA, Organización Panamericana de la Salud OPS, 2010)

Con respecto a los factores interpersonales o familiares se encuentra que en una dinámica de pareja donde prima el control y el uso inadecuado del poder es más probable que se presente violencia sexual. Lo que se vincula con una tendencia de dominación, de reforzamiento de la masculinidad o de restablecimiento del control en una relación. Entre tanto la escasa red de apoyo familiar o social aumenta el riesgo de abuso sexual. (Sexual Violence Research Initiative SVRI, Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA, Organización Panamericana de la Salud OPS, 2010) Y, entre los factores sociales se encuentra que la violencia sexual está enraizada dentro del orden social que valida las desigualdades en las relaciones de poder entre hombres y mujeres e igualmente validada por la sociedad como una experiencia que una mujer puede vivir dada su vulnerabilidad, aunada a la idea de la presunta conducta provocadora o sumisa de la mujer y al deseo incontrolable de los hombres. (Sexual Violence Research Initiative SVRI, Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA, Organización Panamericana de la Salud OPS, 2010)

De manera particular investigaciones sobre el abuso sexual en niños y niñas señala que la relación con el agresor influye en el abuso, pues cuanto más se conozcan mayor es la duración, intensidad, y las consecuencias psicológicas. Igualmente, el tipo de familia que posea el niño o niña actúa como un factor que predispone o no al abuso sexual, pues aquellas es las cuales la familia se haya recompuesto y tenga la presencia de un padrastro tiene mayor riesgo que en familias que tras la ruptura entre los padres no se haya restaurado nuevamente el vínculo de pareja por parte de la madre. (Onostre Guerra, 2000)

Violencia física: Toda acción caracterizada por el uso de la fuerza física, de manera intencional, que causa en la persona daño leve o grave, como empujones, golpes, bofetadas, zarandeo, quemaduras, entre otras. En este sistema se excluyen lesiones debidas a atracos, hurtos o robos. (Secretaría de Salud de Bogotá, 2013)

Violencia emocional-psicológica: Cualquier acción u omisión que provoque daño psíquico o emocional que afecte la autoestima de la persona, o que la limite para contar con el apoyo de los demás. Incluye una extensa gama de conductas como insultos, gritos, amenazas, acusaciones, intimidaciones, desvalorización, burla, críticas destructivas, indiferencia. (Secretaría de Salud de Bogotá, 2013)

Violencia económica: Acciones en las que una persona es utilizada para la consecución de recursos materiales o económicos en beneficio de otros, es decir, como forma de explotación. Incluye también la utilización de los medios económicos como manera de coartar el desarrollo personal. Se deben considerar casos como los menores trabajadores, trabajos peligrosos o de alto riesgo, restricción inadecuada de recursos económicos y mendicidad. (Secretaría de Salud de Bogotá, 2013)

Negligencia y descuido: Se refiere a comportamientos que privan a la persona de la satisfacción de sus necesidades básicas, estando en posibilidad de brindarla (alimentación, educación, salud, vivienda, cuidado, vestido). Deben considerarse los casos de malnutrición, accidentes, retraso escolar y enfermedades recurrentes, entre otros. (Secretaría de Salud de Bogotá, 2013)

Abandono: Situación en que la persona es dejada sola de manera permanente por sus familiares o cuidadores, a pesar de requerir atención y asistencia en razón de su edad, enfermedad o discapacidad, poniendo en riesgo su integridad. Considerar casos como: personas institucionalizadas que no son asistidas por sus familiares o personas obligadas a salir de la casa, entre otras. (Secretaría de Salud de Bogotá, 2013)

5.3 MARCO TEÓRICO

La Organización Mundial de la Salud define la violencia como el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. La clasificación de la OMS, divide la violencia en tres categorías generales, según las características de los que cometen el acto de violencia: La violencia autoinfligida (comportamiento suicida y autolesiones), la violencia interpersonal (violencia familiar, que incluye menores, pareja y ancianos; así como violencia entre personas sin parentesco) y la violencia colectiva (social, política y económica). La naturaleza de los actos de violencia puede ser: física, sexual y/o psíquica. Los anteriores incluyen privaciones o descuido. (Organización mundial de la salud, 2002)

La violencia existe desde siempre; violencia para sobrevivir, violencia para controlar el poder, violencia para sublevarse contra la dominación, violencia física y psíquica. Los etólogos, en sus investigaciones sobre el comportamiento innato de los animales, llegaron a la conclusión de que el instinto agresivo tiene un carácter de supervivencia. Por lo tanto, la agresión existente entre los animales no es negativa para la especie, sino un instinto necesario para su existencia. Desde la más remota antigüedad, los hombres se enfrentaron entre sí por diversos motivos. (Montoya, 2012)

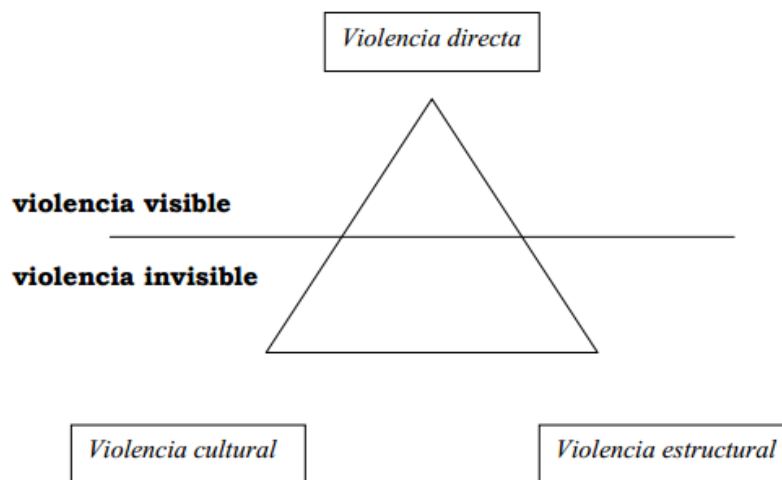
Los psicoanalistas consideran que la violencia es producto de los mismos hombres, por ser desde un principio seres instintivos, motivados por deseos que son el resultado de apetencias salvajes y primitivas. “Los pequeños -señala Anna Freud-, en todos los períodos de la historia, han demostrado rasgos de violencia, de agresión y destrucción (...) Las manifestaciones del instinto agresivo se hallan estrechamente amalgamadas con las manifestaciones sexuales”. Sin embargo, Sigmund Freud y Konrad Lorenz comparten la idea de que la agresión puede descargarse de diferentes maneras. Por ejemplo, practicando algún deporte de lucha libre o rompiendo algún objeto que está al alcance de la mano. Si Lorenz aconseja que el amor es el mejor antídoto contra la agresividad, Freud afirma que los instintos de agresión no aceptados socialmente pueden ser sublimados en el arte, la religión, las ideologías políticas u otros actos socialmente aceptables. La catarsis implica despojarse de los sentimientos de culpa y de los conflictos emocionales, a través de llevarlos al plano consciente y darles una forma de expresión. Se dice que el niño, incluso el más inocente y pacífico, tiene sentimientos destructivos o “instintos de muerte”, que si son dirigidos hacia adentro pueden conducirlo al suicidio, o bien, si son dirigidos hacia fuera, pueden llevarlo a cometer un crimen. La agresividad del niño, asimismo, puede ser estimulada por el rechazo social del cual es objeto o por una simple falta de afectividad emocional, puesto que el problema de la violencia no sólo está fuera de nosotros, en el entorno social, sino también dentro de nosotros; un peligro que aumenta en una sociedad que enseña, desde temprana edad, que las cosas no se consiguen sino por medio de una inhumana y egoísta competencia. “El otro” no se nos presenta, en nuestra educación para la vida, como un cooperador sino como un competidor, como un enemigo. A esto se suman los medios de comunicación que propagan la violencia, estimulando la agresividad del niño. (Montoya, 2012)

El incremento de la violencia social y política en sus diversas manifestaciones operado en los años sesenta en todo el mundo fue, sin duda, una derivación directa y constatable de la primera gran crisis global en la segunda postguerra y de las relaciones difíciles entre el mundo occidental y los espacios no-desarrollados a partir de la mitad del siglo. Resultado de los albores de una crisis mundial generalizada -la de los primeros años sesenta-, del empeoramiento de las condiciones en los países más desfavorecidos de América del Sur, África y Asia, de los nuevos movimientos sociales en Europa y América, el fenómeno era también, desde luego, un reflejo de la «guerra fría», de la discusión de espacios de influencia a escala mundial entre las grandes potencias de entonces. El reflejo de todo ello en la bibliografía es bien patente. El acercamiento desde las posiciones de las ciencias sociales, incluida la Historiografía, a la problemática de la violencia topa siempre con la real y resistente complejidad del fenómeno, que propicia no pocas opacidades y, más aún, no pocos manipuladores tópicos en muchos de los juicios existentes. El «uso de la fuerza» es el carácter que se toma como discriminatorio, como específico, en la creación de las situaciones de violencia. Y aunque esa visión es errónea, el empleo de la fuerza física es lo que da lugar a procesos de tal complejidad que el problema esencial de su entendimiento es, justamente, el de la necesidad de un enfoque extremadamente multipolar del asunto, como

racionalización que responda a su multipolaridad también como hecho social. No hay una «ciencia» ni una «disciplina» de la violencia. Esta característica del comportamiento humano tiene tan multipolares manifestaciones que no hay una forma operatoria de poder dar cuenta de ellas, hasta hoy, con una focalización única. No resulta fácil la descripción completa de las manifestaciones violentas, porque no lo es su conceptualización unívoca. Es indudable que la primera dificultad para el análisis social e histórico del fenómeno de la violencia es la de formular un concepto preciso y suficiente de lo que debe entenderse por ella. Por lo pronto, una larga disquisición sobre las formas de definirla corre el riesgo de encerrar en sí misma todo el tratamiento del tema, tejiendo una maraña de elucubraciones de la que sea muy difícil salir mejor informados que al entrar. Pero, tal vez, un problema más resistente aún reside en la dificultad de fijar los límites mismos a los que un concepto de violencia debe ceñirse. Las precisiones semánticas son esenciales cuando se trata del complejo trabajo de establecer qué es violencia y qué no lo es, o no llega a serlo; qué debe considerarse dentro de un concepto científicamente presentable de ella, y qué no. (Aróstegui, 1994)

Johan Galtung distingue tres formas de violencia: Violencia directa, violencia estructural y violencia cultural. Estas tres formas de violencia pueden ubicarse gráficamente en los vértices de un triángulo como el que se presenta en el gráfico. (Ruiz, 2003)

Gráfico 1. Triángulo de la violencia (Johan Galtung)



Fuente: "Violencia de género y procesos de empobrecimiento. Estudio de la violencia contra las mujeres por parte de su pareja o ex-pareja sentimental" de Eva Espinar Ruiz.

En primer lugar, la violencia directa es aquella violencia, física y / o verbal, visible en forma de conductas. Se trata de la violencia más fácilmente visible, incluso para el ojo inexperto o desde el más puro empirismo. Ahora bien, al hablar de violencia directa no se hace referencia, únicamente, a actos de violencia entre dos personas, sino que la gama de posibles agentes y

destinatarios de la violencia es mucho más amplia, tal y como resume José María Tortosa a través de un cuadro. (Ruiz, 2003)

Cuadro 1. Ejemplos de violencia directa

		DESTINATARIO		
		Individuo	Grupo	Estado
AGENTE	Individuo	Suicidio Homicidio, asesinato Agresión Violencia doméstica	Asesinato “en serie” Agresión racista Agresión fóbica (por ej. Homofobia)	Terrorismo individualista
	Grupo	Atentado Linchamiento “Pandillismo” Mutilación (ablación de clítoris, etc.)	Guerra civil Limpieza étnica “Pandillismo”	Terrorismo Guerrilla
	Estado	Tortura Cárcel Pena de muerte	Terrorismo de Estado Genocidio Limpieza étnica	Guerra Terrorismo internacional

Fuente: “Violencia de género y procesos de empobrecimiento. Estudio de la violencia contra las mujeres por parte de su pareja o ex-pareja sentimental” de Eva Espinar Ruiz.

Por su parte, la violencia estructural consiste en “la suma total de todos los choques incrustados en las estructuras sociales y mundiales”. Así, la violencia estructural hace referencia a situaciones de explotación, discriminación y marginación³¹. Johan Galtung lo explica de la siguiente forma: “si la gente pasa hambre cuando el hambre es objetivamente evitable, se comete violencia, sin importar que haya o no una relación clara sujeto-acción-objeto, como sucede en las relaciones económicas mundiales tal como están organizadas”. Finalmente, la violencia cultural puede entenderse desde dos puntos de vista. Por un lado, con este término se hace referencia al ataque contra los rasgos culturales y la identidad colectiva de una comunidad. Por otra parte, también es violencia cultural todas aquellas justificaciones que permiten y fomentan las distintas formas de violencia directa y estructural. En definitiva, violencia cultural son los razonamientos, actitudes, ideas que promueven, legitiman y justifican la violencia en sus formas directa o estructural. Así, por ejemplo, la cultura puede conducir a ver la explotación y/o la represión como normales y naturales, o simplemente a no llegar a verlos como tales. (Ruiz, 2003)

Existe una estrecha interrelación entre estas tres formas de violencia; de manera que la violencia puede empezar en cualquiera de las esquinas del triángulo de la violencia y fácilmente se transmite de una esquina a otra. Por ello, Johan Galtung afirma que los intentos de actuar contra la violencia deberían afrontar el trabajo sobre los tres ángulos del triángulo a un mismo tiempo. La paz, como reverso del triángulo de la violencia, no puede reducirse a la mera ausencia de violencia directa; sino que implica la actuación sobre los

tres vértices del triángulo (incluyendo, también, la violencia estructural y la cultural). (Ruiz, 2003)

5.4 MARCO LEGAL

En 1981, el congreso de Colombia decreta la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 18 de diciembre de 1979 y firmada el 17 de julio de 1980, a través de la ley 51; donde se reafirma la fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos del hombre y la mujer. Proclama el principio de la no discriminación y que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y que toda persona puede invocar todos los derechos y libertades proclamados en esa Declaración, sin distinción alguna y, por ende, sin distinción de sexo. Igualmente, en la ley 12 de 1991, se aprueba la Convención sobre los Derechos Del Niño, la cual se basa en el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana; reconociendo a su vez que las Naciones Unidas ha proclamado y acordado en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en los pactos internacionales de derechos humanos, que toda persona tiene todos los derechos y libertades enunciados en ellos, sin distinción alguna, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. Otro tratado internacional adoptado por Colombia a través de la Ley 248 de 1995, fue la “Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer” donde se reconoce que la violencia contra la mujer se establece como una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales y limita total o parcialmente a la mujer al reconocimiento, goce y ejercicio de tales derechos y libertades. (Procuraduría General de la Nación – Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional USAID – Organización Internacional para las Migraciones OIM, 2008)

En cuanto a la legislación nacional, la Constitución Política de 1991 proclama el respeto a la igualdad de derechos entre el hombre y la mujer y a los derechos de los niños, los cuales están consagrados en los artículos 42, 43, 44. También, se encuentra el Código de Infancia y Adolescencia aprobado por la Ley 1098 de 2006, el cual tiene por finalidad garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión; donde prevalecerá el reconocimiento a la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación alguna, y exhortando al establecimiento de normas sustantivas y procesales para la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes, garantizando el ejercicio de sus derechos y libertades consagrados en los instrumentos internacionales de Derechos Humanos, en la

Constitución Política y en las leyes, así como su restablecimiento. Dicha garantía y protección será obligación de la familia, la sociedad y el Estado.

En 1996, se proclama la Ley 294 la cual tiene por objeto desarrollar el artículo 42 de la Carta Política de Colombia, mediante un tratamiento integral de las diferentes modalidades de violencia en la familia, a efecto de asegurar a ésta su armonía y unidad; y donde hace referencia a la constitución de la familia por vínculos naturales o jurídicos, por la decisión libre de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o por la voluntad responsable de conformarla. Además se dictan normas para prevenir, remediar y sancionar la violencia intrafamiliar. (Congreso de la República, 1996) Esta Ley sin embargo, ha sido modificada parcialmente por la Ley 575 de 2000. (Congreso de la República, 2000).

También esta la ley 1146 de 2007, la cual tiene por objeto la prevención de la violencia sexual y la atención integral de los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual y se crea el Comité Interinstitucional Consultivo para la Prevención de la Violencia Sexual y Atención Integral de los Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas del Abuso Sexual, mecanismo consultivo de coordinación interinstitucional y de interacción con la sociedad civil organizada, adscrito al Ministerio de la Protección Social. Define que el Sistema General en Salud tanto público como privado, así como los hospitales y centros de salud de carácter público, están en la obligación de prestar atención médica de urgencia e integral en salud a través de profesionales y servicios especializados. La no definición del estado de aseguramiento de un niño, niña o adolescente víctima de abuso sexual no será impedimento para su atención en salud. (Congreso de la República Colombia, 2007)

Complementando la legislación nacional en relación con la violencia, la Ley 1257 de 2008 dicta las normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, reformando el Código Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dicta otras disposiciones. Dicha ley tiene por objeto la adopción de normas que permitan garantizar para todas las mujeres una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado, el ejercicio de los derechos reconocidos en el ordenamiento jurídico interno e internacional, el acceso a los procedimientos administrativos y judiciales para su protección y atención, y la adopción de las políticas públicas necesarias para su realización. (Congreso de la República Colombia, 2008)

Con respecto a la legislación en vigilancia en salud pública, está el decreto 3518 de 2006 por el cual se crea y reglamente el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones (Presidencia de la República, 2006). La notificación de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual como evento de interés en salud pública, se encuentra estipulada en el Decreto 1562 de 1984 que reglamenta parcialmente los títulos VII y XI de la Ley 09 de 1979 en cuanto a vigilancia y control epidemiológico y medidas de seguridad. (Presidencia de la República de Colombia, 1984)

5.4 MARCO CONTEXTUAL

Para Colombia y teniendo presente los datos de medicina legal del 2011, la violencia intrafamiliar ocupa el segundo lugar de la violencia no fatal, después de la violencia interpersonal. Durante el año 2011 se presentaron 89.807 víctimas con una tasa de 195,04 por 100.000 habitantes. (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses INMLCF, 2012) Entre las expresiones de la violencia intrafamiliar, la violencia de pareja ocupó el primer lugar de todas las formas de la violencia intrafamiliar con 57.761 registros (64,3%), en segundo lugar la violencia entre otros familiares con 16.267 casos (18,1%), en tercer lugar, la violencia a niños, niñas y adolescentes con 14.211 casos (15,8%) y, por último, la violencia a personas mayores con 1.568 casos (1,7%). La mujer continúa siendo la víctima principal, especialmente en la violencia de pareja en la que ocupa el primer puesto con 88,4 %, en comparación con 11,5 % de los hombres. Con respecto a la edad, el rango entre los 25 y los 29 años es el más riesgoso con un 22.4% y una tasa de 352,12 por 100.000 habitantes. Sobre el nivel de estudio se encuentra en primer lugar con un 35,7% la categoría secundaria completa y en segundo lugar con un 16,9% la categoría de secundaria incompleta. Sobre el presunto agresor se encuentra en primer lugar al compañero permanente con 25.023 casos que corresponden a un 43,3%, seguido del esposo con 12.564 casos con un 21,8% y en tercer lugar, se encuentra al excompañero sentimental con 9.565 casos con un 16,6%. (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses INMLCF, 2012) Sobre la ocupación al momento de la agresión, el primer lugar está para la categoría de encargado del hogar o ama de casa con 27,1% y en segundo lugar los estudiantes con 5,9%. Con respecto al sitio de ocurrencia la vivienda presenta un 59,3% y ocupa el primer lugar, continúa la vía pública con 13%. En cuanto a la presencia de este fenómeno en el territorio nacional Bogotá ocupó el primer lugar con 11.524 casos correspondiente a un 20%, Antioquia ocupa el segundo lugar con 6.505 casos con 11,3%. (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses INMLCF, 2012). Entre tanto y teniendo como base los datos de la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud y su capítulo sobre la violencia contra las mujeres y los niños; el 65% de las mujeres participantes señalaron que sus esposos o compañeros ejercían situaciones de control sobre ellas, el 26% se expresaban en forma desobligante contra ellas y el 32% que ejercían amenazas contra ellas.

En relación con la violencia física el 37% de las mujeres que reportaron alguna vez estar casadas o unidas refirieron haber sufrido agresiones físicas por parte de su esposo o compañero, de las cuales el 10% ha sufrido agresión sexual. Este tipo de violencia se vincula a mujeres mayores de 45 años que estuvieron casadas o unidas anteriormente, de zonas urbanas y con mayor presencia de la región Pacífica y aunque menciona que no existen diferencias significativas, si se presente en menor grado en mujeres que cursaron educación superior o que tienen mayor nivel de riqueza. Así mismo, refiere que un 85% de las mujeres agredidas físicamente se quejó de lesiones o secuelas físicas o psicológicas como consecuencia de las golpizas entre las cuales distinguen

entre otras a un 71% que manifiesta un desinterés por el sexo, 51% pérdida de autoestima y valor propio, 42% enfermedades físicas, 39% disminución de su productividad y un 23% con ideación suicida y a pesar del gran número de mujeres que reconocen algún tipo de secuela tras la agresión sólo un 21% acude a un establecimiento de salud o a personal calificado para ser atendida y más abrumador es que una tercera parte de estas mujeres que fueron atendidas por parte de profesionales no recibió ningún tipo de información sobre procesos para interponer denuncia y poner en conocimiento de los diversos entes la agresión de que fueron víctimas. (Profamilia, 2011)

Con respecto a las agresiones a las mujeres realizadas por personas distintas a la pareja, las mujeres entre 20 y 39 años, que viven en zonas urbanas y que pertenecen a la región Central, Oriental y Bogotá son las más vulnerables. Finalmente, los mayores agresores de las mujeres son la expareja con 35%, el padre o madre con 20%, otro tipo de familiar 16% y exnovio con 14%. (Profamilia, 2011) También señala con respecto a la agresión sexual hacia las mujeres que al excluir los actos de este tipo cometidos por sus parejas, del total de las mujeres participantes un 6% reportaron haber sido violadas o forzadas a tener relaciones sexuales contra su voluntad, cuyo rango de edad con más riesgo fue el de 30 a 39 años, que mantuvieran una relación en unión libre o que estuvieran casadas o en unión, de niveles educativos bajos, con índices bajo y medio de riqueza y que vivieran en la región de la Orinoquía o Amazonía. En cuanto a los agresores refieren que un 16% fueron desconocidos, 18% fue el exmarido, 12% un amigo, 10% un familiar, 6% el novio, 5% el padrastro, 3% el padre, 2% un hermano, 2% el jefe y 1% un familiar de la pareja. (Profamilia, 2011)

Sobre la violencia ejercida hacia niños, niñas y adolescentes el Forensis 2011 reporta 14.211 casos, 480 registros más con respecto al año anterior. El rango de edad con mayor riesgo estuvo entre los 10 a 14 años, con 34,5%, seguido del rango de 15 a 17 años con 25% y nuevamente las mujeres fueron las más afectadas, aunque vale mencionar que para los hombres los rangos con mayor afectación por este tipo de violencia fueron los de 10 a 14 años y luego el rango de 5 a 9 años. En general a partir de los 10 años disminuyen los casos de violencia intrafamiliar para los hombres y, por el contrario, los casos de mujeres aumentan. Los mayores agresores de niños, niñas y adolescentes son sus padres y madres que sumado contribuye con un 62,3% de los casos, luego el padrastro con un 8,5 %; así mismo la vivienda es el lugar donde con mayor frecuencia son agredidos con un 62,5% de los casos y continúa la vía pública con un 6,5%. Igualmente, es Bogotá el lugar del país donde se presentaron más casos: 3.459 casos (24,3%) y le sigue Cundinamarca con un 15%. (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses INMLCF, 2012) En este apartado Profamilia señala en su ENDS que las madres castigan más a los niños y niñas que los padres, aunque la severidad del castigo es mayor en este último, y señala que a mayor edad, menor nivel educativo y menor riqueza es mayor el porcentaje de golpes que utiliza en la forma de castigo; esta situación se acentúa en la zona rural y en las regiones Central, Pacífica y Amazonía-Orinoquía. (Profamilia, 2011)

En relación a la violencia a personas mayores de 60 años para el año 2011 hubo una leve disminución, el rango de edad con mayor número de casos fue entre los 60 a 64 años con una tendencia a disminuir a medida que se aumenta la edad. Sin embargo, esto no podría interpretarse a la ligera en tanto existen factores como la limitación en las capacidades físicas y mentales y por ende, se acrecienta la dependencia económica y emocional a medida que aumenta la edad lo que reducirían la posibilidad de poner en conocimiento la situación de violencia. Contrario a las demás expresiones de violencia, en ésta el mayor número de víctimas son hombres con 51,3% y las mujeres con 48,7%. El agresor principal de esta población resulta ser familiares y en segundo lugar los hijos, aunque la diferencia es mínima y, en tercer lugar los hermanos; sobre el lugar de ocurrencia de la violencia la vivienda es la primera con un 67%, en segundo, la vía pública con 7,8%. (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses INMLCF, 2012)

Por último la violencia entre otros familiares tuvo un leve descenso, siendo la mujer con un 65,3% la más agredida, siendo para ellas el rango entre 18 a 19 años el de mayor tasa, seguido del rango de 20 a 24 años; para los hombres fue el rango entre 20 a 24 años y luego el rango de 25 a 29 años. Con respecto a la ocupación que ocupó el mayor lugar fue la categoría encargado del hogar – del hogar- ama de casa y en segundo lugar la categoría estudiantes. (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses INMLCF, 2012)

Finalmente, desde el ámbito nacional el Instituto Nacional de Salud estructura las bases para la vigilancia de los diferentes tipos de violencia, que generen una coordinación y articulación de los diferentes esfuerzos que se realizan en lo local y que permitan integrar y abordarla desde una metodología científica. El proceso ya ha adelantado avances en las fases de diseño, validación, prueba e implementación de los sistemas de vigilancia en salud pública de la violencia, empezando con los eventos de violencia intrafamiliar y sexual, que se encuentra en fase de pilotaje y las Entidades Territoriales que fueron seleccionadas a partir de su interés y voluntad de participar. (Instituto Nacional de Salud INS, 2012)

La política pública distrital de Salud Mental 2005, fue precedida por la implementación de un modelo de Salud Mental basado en la comunidad que consistía fundamentalmente en la formación de agentes comunitarios en salud, realización de tamizajes comunitarios de Salud Mental mediante visita domiciliaria, remisiones a la red de servicios y aumento de los centros de la red de buen trato que implicó el aumento de los reportes de casos de violencia intrafamiliar, el incremento de seguimientos de los mismos y logró consolidar las redes sociales de buen trato y permitió evidenciar cómo un evento de esta naturaleza afecta la Salud Pública, logrando georreferenciarlo para focalizar acciones. (Hernández, 2003)

Estas acciones se dirigen a la reivindicación de Derechos de la persona afectada a través de la canalización a servicios institucionales y aborda a población que no presenta detección previa de patología mental, al contrario, se parte de una dimensión más ajustada a la disfuncionalidad y la imposibilidad

de tener estrategias adecuadas de afrontamiento. Esto a su vez tiene implicaciones en la formulación de la Política Pública Distrital de Salud Mental porque dirige “las intervenciones más hacia la promoción de la Salud Mental que a la prevención” y reafirma la importancia del fortalecimiento de redes sociales con bases organizadas como eje para la consecución de resultados positivos en temas relacionados con la promoción de la Salud Mental. (Hernández, 2003)

En cuanto a la política pública distrital de Salud Mental, comprende varias estrategias desde el plano comunitario, sectorial y transectorial para su implementación: desarrollo de la autonomía como garantía del derecho a la Salud Mental, posicionar la Salud Mental en el distrito capital, respuesta integral a situaciones de emergencia y a grupos vulnerables y fortalecimiento de la respuesta social organizada a los impactos negativos en Salud Mental. Igualmente, la operación de estos componentes requiere de la puesta en marcha de los siguientes procesos; los cuales son: comunicación, información y evaluación, formación y participación y organización. Y es precisamente en el segundo proceso mencionado que el conjunto del sistema de vigilancia epidemiológica de la salud mental se posiciona en el distrito para suministrar información y desarrolla “un proceso orientado a asegurar la notificación (inmediata y periódica) al Área de Vigilancia en Salud Pública de casos identificados de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual, así como su canalización y seguimiento, con el propósito de facilitar su atención integral oportuna y la restitución de los derechos de las víctimas” (Secretaría Distrital de Salud, 2011).

VI. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Esta investigación es un estudio observacional comparativo descriptivo.

6.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población objeto de estudio para este trabajo es la población que fue notificada al sistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual –SIVIM en el distrito capital en los años 2011 y 2012.

Cada registro se relaciona con una persona notificada por ser víctimas de alguna o varias de las siguientes violencias: física, emocional, sexual, económica, negligencia y abandono. La detección de casos se efectúa en servicios de consulta externa, urgencias, línea 106, establecimiento educativo, reporte comunitario, otro.

Se diligencia la ficha de notificación la cual es enviada al hospital de la red pública que corresponda a la localidad donde fue detectado. Por lo que al caso identificado le inicia seguimiento el sistema de vigilancia epidemiológica de la

violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual que opere en el hospital donde habite la persona reportada.

6.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se dejaron como criterios de inclusión: todos los casos ingresados al sistema de vigilancia epidemiológica SIVIM que presentaron algún tipo de violencia, física, emocional, sexual, negligencia, abandono y que se les pudo iniciar el seguimiento en el año 2011 y 2012. Esto con el objetivo de lograr iniciar el seguimiento se hace verificación de datos y por ende, es más confiable los datos.

6.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se dejaron como criterios de exclusión: los casos notificados a los cuales no se les dio inicio seguimiento por los siguientes motivos; no se logró contactar a la persona, datos personales errados, número de teléfono o dirección que no corresponda a la persona notificada.

6.5 HIPOTESIS NULA

Las características de la violencia presentada en las localidades de la ciudad de Bogotá en el año 2011 son iguales a las características de la violencia presentada en las localidades de la ciudad de Bogotá en el año 2012.

6.6 HIPOTESIS ALTERNA

Las características de la violencia presentada en las localidades de la ciudad de Bogotá en el año 2011 son diferentes a las características de la violencia presentada en las localidades de la ciudad de Bogotá en el año 2012.

6.7 VARIABLES

Tabla 1. Operacionalización de Variables.

Variable	Definición	Escala	Tipo variable
Sexo	el sexo es un proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos en variedades femenina y masculina	Nominal	Cualitativa
Género	El término género hace referencia a las expectativas de índole cultural respecto de los roles y comportamientos de hombres y mujeres. El término distingue los aspectos atribuidos a hombres y mujeres desde un punto de vista social de los determinados biológicamente	Nominal	Cualitativa

Estado civil	El estado civil es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Nominal	Cualitativa
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente y que están clasificados como: no aplica, ninguno, preescolar, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, técnico post secundaria, universidad incompleta, universidad completa, postgrado	Ordinal	Cualitativa
Tipo de usuario	Hace referencia a como aparece incluido en el sistema de régimen en la que se encuentra afiliado como por ejemplo: contributivo, subsidiado, vinculado, particular, otro, medicina prepagada, régimen especial, sin dato.	Nominal	Cualitativa
Localidad	las localidades son las divisiones administrativas con homogeneidad relativa desde el punto de vista geográfico, cultural, social y económico de los distritos especiales	Nominal	Cualitativa
Violencia	Es abusar de una fuerza, utilizarla de un modo dañoso, que perjudique a alguien o algo. Los tipos de violencia son: Violencia física, emocional, sexual, negligencia y abandono.	Nominal	Cualitativa

Etapa de ciclo vital	<p>El ciclo vital lo consideramos dividido en varias etapas, algunas de ellas se encuentran bien definidas por sucesos biológicos concretos, mientras que otras son de aparición y duración variable. Siguiendo a Weinert y Timiras (2003) podemos establecer las siguientes fases del ciclo vital.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prenatal: embrionario, Fecundación, segmentación, blastocito, organogénesis, Blastocisto, Organogénesis y fetal. • Nacimiento: día primero • Neonatal: cuatro primeras semanas • Infancia: diversas etapas hasta los 14 años • Adolescencia: diversas etapas hasta los 18 años • Adulto: diversas etapas hasta los 60años • Envejecimiento: desde los 60 años • Muerte 	Nominal	Cualitativa
Lugar de ocurrencia	Es la localidad u otro lugar geográfico donde ha ocurrido un evento. Los lugares de ocurrencia registrados en la ficha SIVIM son: Hogar, vía pública, establecimiento público, sitio de trabajo, sitio de estudio y otros.	Nominal	Cualitativa
Secuelas	Resultado de carácter negativo que procede de un hecho determinado. Los tipos de secuelas son: Hematomas o moretones, dolores corporales, fracturas, tristeza o llanto, angustio o nerviosismo y otros.	Nominal	Cualitativa
Gestante	Gestante: estado de embarazo o gestación. Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto.	Nominal	Cualitativa
Persona en condición de discapacidad	Es una condición que hace que una persona sea considerada como discapacitada. Esto quiere decir que el sujeto en cuestión tendrá dificultades para desarrollar tareas cotidianas y corrientes que, al resto de los individuos, no les resultan complicadas. El origen de una discapacidad suele ser algún trastorno en las facultades físicas o mentales.	Nominal	Cualitativa
Genero del agresor	Hace referencia si es hombre o si es mujer	Nominal	Cualitativa

Relación con el agresor	Hace referencia al tipo de parentesco que se tiene con la persona que agrede: Padre, Madre, Padrastro, Madrastra, Hermano, Pareja, Hijo, Abuelo, otro familiar, conocido.	Nominal	Cualitativa
-------------------------	---	---------	-------------

6.8 INSTRUMENTO

Para la realización del análisis de los datos, se utilizó el programa de Microsoft Excel versión 2010, a través de tablas dinámicas y formulas porcentuales.

6.9 FUENTES DE INFORMACIÓN

La información a estudiar fue obtenida del trabajo de grado realizado por Constanza y Alba González titulado “Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las veinte localidades del distrito capital durante el año 2011” y de la base datos de SIVIM (Sistema de Vigilancia del Maltrato) del 2012 de la Secretaria de Salud Distrital.

6.10 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para el análisis de la información, se aplicaron medidas de estadística descriptiva como son las medidas de tendencia central (media) y medidas de frecuencia (Proporción).

6.10 ASPECTOS ÉTICOS

Toda la información obtenida procede de aquellas personas que fueron incluidas en la base SIVIM por presentar algún tipo de violencia.

Toda la información obtenida es estrictamente confidencial. Vale mencionar que los datos personales como nombre, dirección y teléfono no fueron suministrados por la Secretaría Distrital de Salud, con el propósito de preservar la confidencialidad. Además, la información entregada por este ente distrital es de exclusivo manejo por parte de las estudiantes y asesores que están realizando este trabajo, los resultados son expresados de manera estratificada o global sin distinción de personas e instituciones.

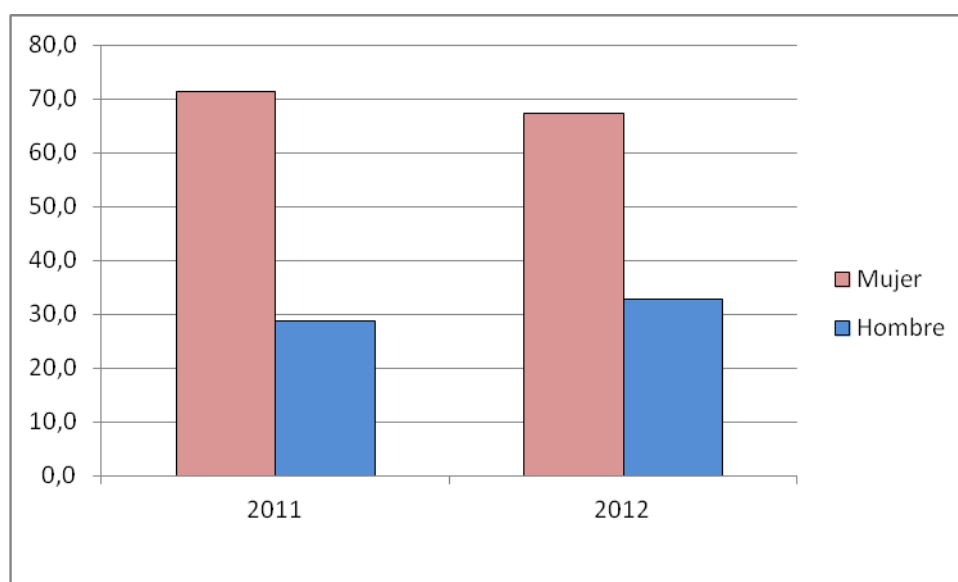
Para obtener la información, fue necesario realizar una carta dirigida a salud pública y radicarla en la secretaria distrital de salud de Bogotá. La respuesta a esta solicitud fue enviada directamente a la Fundación Universitaria del Área Andina, donde se aprueba la obtención de la base SIVIM. La base SIVIM fue entregada por el referente de SIVIM de la secretaria de salud de Bogotá.

VII. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El presente capítulo tiene como objeto mostrar los resultados y análisis de ellos, en un ejercicio comparativo que da cuenta del alcance del estudio y sus productos. Se muestra en orden de objetivos específicos resultados relativos a violencia física, violencia emocional y violencia sexual.

7.1 VIOLENCIA FÍSICA

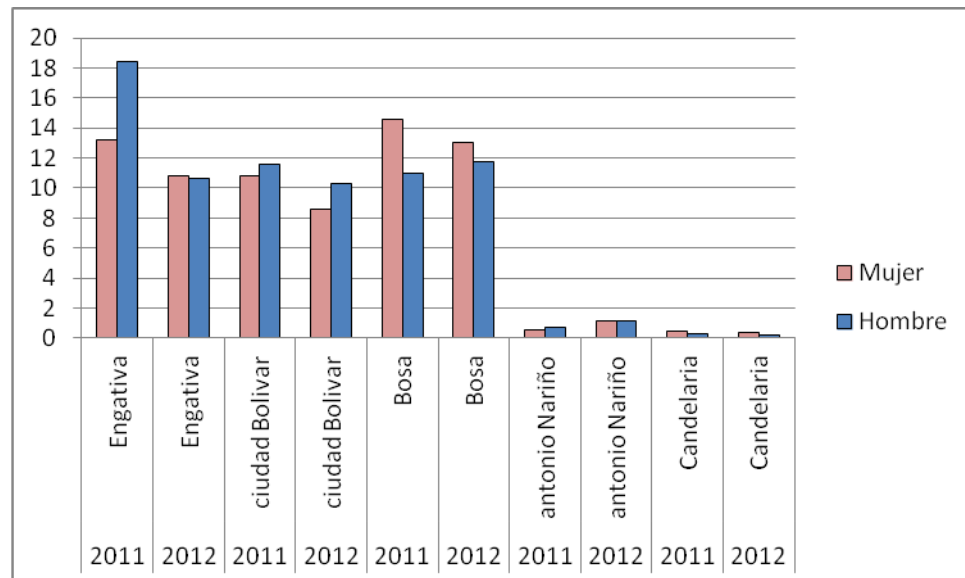
Gráfica 1. Distribución Porcentual de Casos de Violencia Física según sexo en Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.



Las mujeres presentan en un 71.3% violencia física mientras que los hombres un 28.7% en el año 2011. El 2012 las mujeres presentan en un 67.2% violencia física y los hombres un 32.8%; observándose que el comportamiento continua igual.

De acuerdo al estudio realizado en Colombia por medicina legal en el 2011, las mujeres representan el 88,4%, siendo la víctima principal de la violencia intrafamiliar. Bogotá refleja la misma situación que a nivel nacional. (Forensis 2011)

Gráfica 2. Distribución Porcentual de Casos de Violencia Física por localidad según sexo Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.

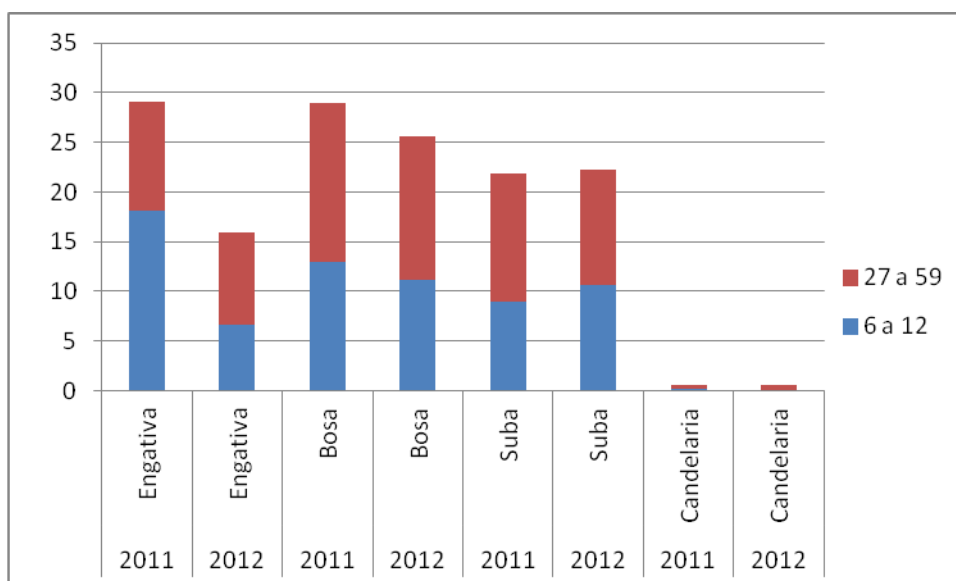


Fuente: Trabajo de grado “Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las veinte localidades del distrito capital durante el año 2011” elaborado por Alba Gonzalez y Constanza Florez y Base SIVIM 2012.

En el 2011, la localidad de Engativa era la localidad con mayor número de casos de violencia física, pero en 2012 este lugar lo ocupa la localidad de Bosa. En el 2012 se observa una disminución significativa de los casos en la localidad de Engativa, pues en el 2011, los casos por violencia física entre los hombres eran del 18.45% y para las mujeres 13.2% y en el 2012 en los hombres es 10.6% y en las mujeres es el 10.8% de los casos.

Igual sucede con la localidad de Ciudad Bolívar, ya que en el 2011 los casos de violencia en hombres representaban el 11.6% y en las mujeres el 10.8%, mientras que en el 2012 los casos en los hombres representan el 8.6% y en las mujeres el 10.3%. En la localidad de Bosa no se observan cambios significativos. En la localidad de Antonio Nariño se observa un ligero aumento de los casos, pues en el 2011 los hombres representaban el 0.75% y las mujeres el 0.52%; y en el 2012, los hombres el 1.2% y las mujeres el 1.1% de los casos. En la localidad de Candelaria no se observan cambios significativos.

Gráfica 3. Distribución Porcentual de Casos de Violencia Física por localidad según grupo etáreo Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.



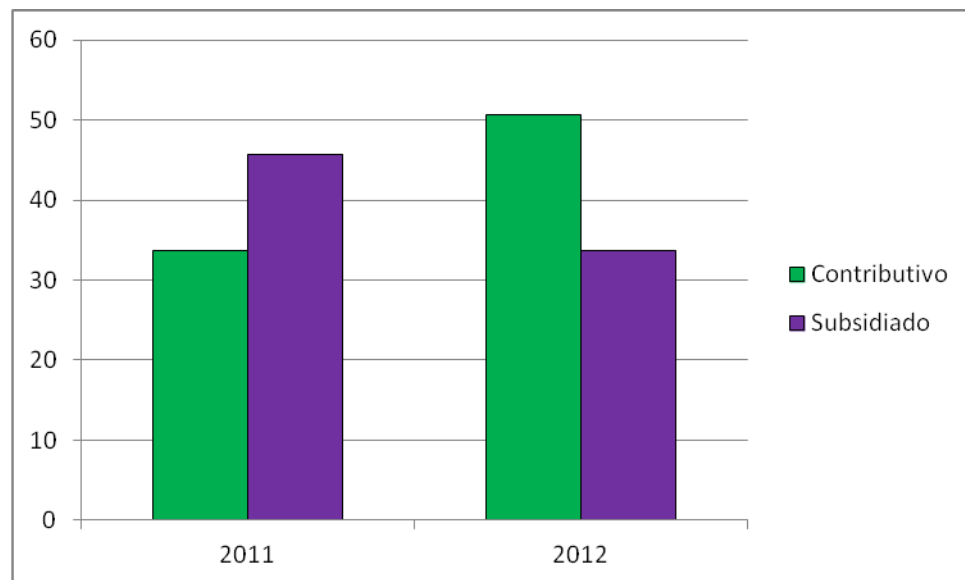
Fuente: Trabajo de grado “Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las veinte localidades del distrito capital durante el año 2011” elaborado por Alba Gonzalez y Constanza Florez y Base SIVIM 2012.

El grupo etáreo en donde se presentó más violencia física en el 2011 fue en el de 27 a 59 años con 29.2% y le siguió el de 6 a 12 años con 22.2%. En el 2012 no hubo cambios significativos, pues también estos fueron los grupos con mayor número de casos, con 30.5% y 21,6% respectivamente.

En el estudio realizado por medicina legal en Colombia, el rango de edad con mayor riesgo estuvo entre los 10 a 14 años, con 34,5%, seguido del rango de 15 a 17 años con 25%, viendo con el presente estudio el aumento de casos en el grupo de 27 a 59 años.

Los resultados encontrados concuerdan con el Informe Mundial sobre la violencia y la salud que señala que a mayor edad de las mujeres es mayor el riesgo de violencia física y para los hombres a menor edad mayor riesgo. (Organización Mundial de la Salud – Organización Panamericana de la Salud, 2002)

Gráfica 4. Distribución Porcentual de Casos de Violencia Física según aseguramiento Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.

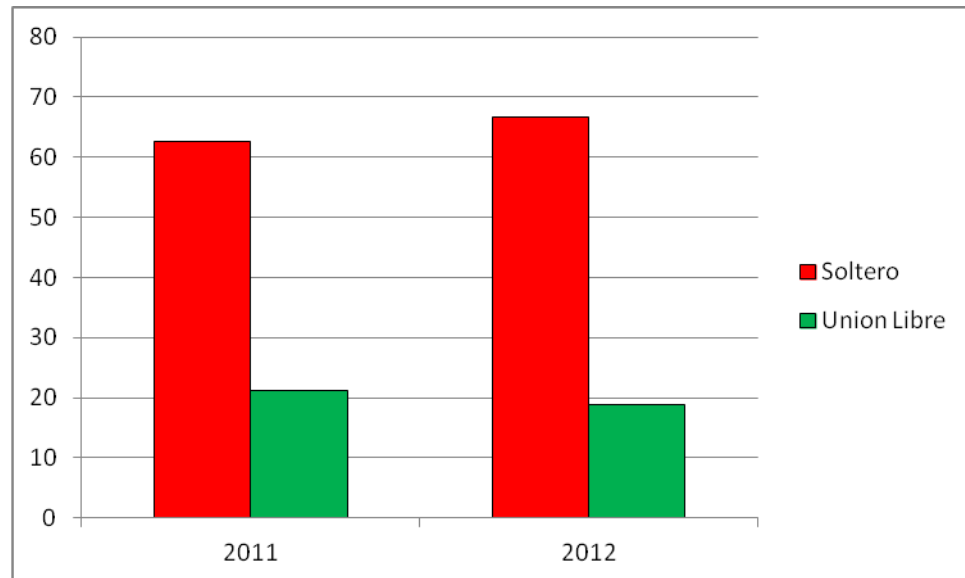


Fuente: Trabajo de grado “Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las veinte localidades del distrito capital durante el año 2011” elaborado por Alba Gonzalez y Constanza Florez y Base SIVIM 2012.

En el año 2011, el régimen subsidiado presentó un 45.7% de casos mientras que el régimen contributivo un 33.6%. En el 2012 el régimen subsidiado presentó un 33.7% de casos mientras que el régimen contributivo un 50.7%, evidenciándose un aumento de los casos en el régimen contributivo en un 17.1 puntos porcentuales y disminución en el régimen subsidiado en un 12 puntos porcentuales.

En relación con el aseguramiento el régimen contributivo es el de mayor frecuencia de notificación, lo que contradice lo encontrado en los estudios del Departamento Nacional de Planeación DNP y el Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico CEDE de la Universidad de los Andes, donde indican que ya sea a nivel individual o familiar; a menores ingresos o a menor capacidad económica mayor es el riesgo de violencia. (Departamento Nacional de Planeación DNP, Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico CEDE – Universidad de los Andes, 2004)

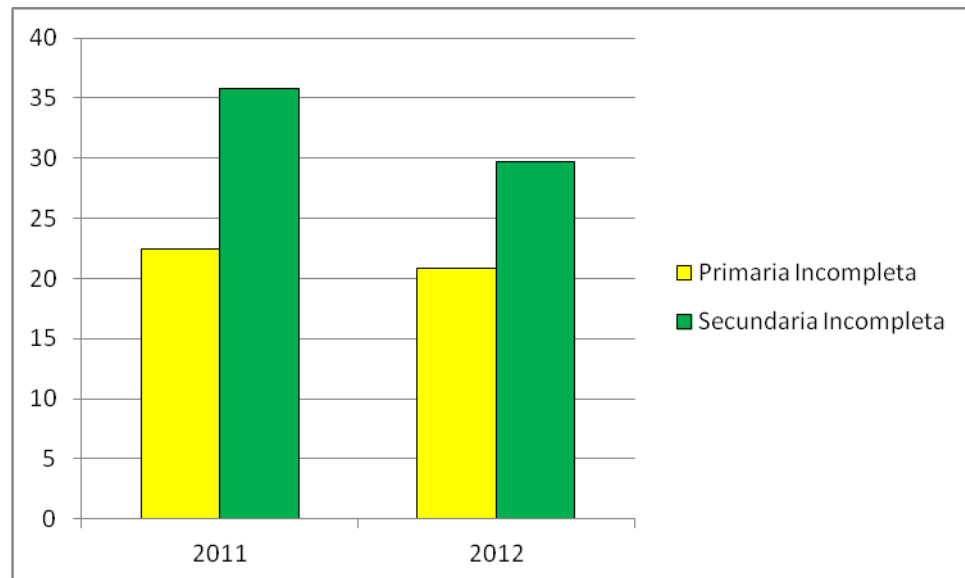
Gráfica 5. Distribución Porcentual de Casos de Violencia Física según Estado Civil Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.



Fuente: Trabajo de grado “Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las veinte localidades del distrito capital durante el año 2011” elaborado por Alba Gonzalez y Constanza Florez y Base SIVIM 2012.

En el 2011, el estado civil con mayor porcentaje es soltero(a) con un 62.6% seguido de la unión libre con un 21.1%. En el 2012 esta tendencia prevalece, pues continúan siendo estos dos estados civiles los de mayor prevalencia en la violencia física. Lo que sugiere que las víctimas que refieren ser solteras no necesariamente están sin sostener algún tipo de relación o vínculo, lo que implicaría más bien que este tipo de relaciones no tienen permanencia en el tiempo, que no se encuentran formalizadas o que fueron formales en algún momento en el pasado.

Gráfica 6. Distribución Porcentual de Casos de Violencia Física según Escolaridad Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.



Fuente: Trabajo de grado “Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las veinte localidades del distrito capital durante el año 2011” elaborado por Alba Gonzalez y Constanza Florez y Base SIVIM 2012.

En el 2011 el grado de escolaridad secundaria incompleta es la de mayor porcentaje con un 35.8% y continua primaria incompleta con un 22.5%. En el 2012 fue del 29,7% y 20,9% respectivamente. Esta tendencia continúa, siendo estos dos grados de escolaridad los principales en la violencia física, viéndose la incidencia del bajo nivel educativo en las víctimas, convirtiéndose en un factor de riesgo marcado.

En cuanto al estudio Forensis del 2011 sobre el nivel de estudio, se encuentra en primer lugar con un 35,7% la categoría secundaria completa y en segundo lugar con un 16,9% la categoría de secundaria incompleta. (Forensis 2011)

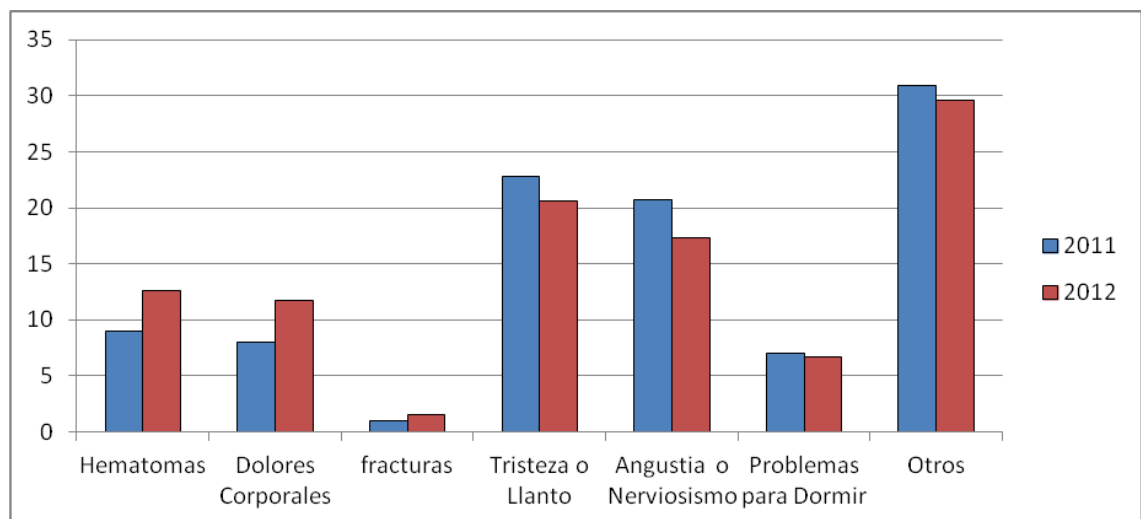
Tabla 2. Distribución Porcentual de Casos de Violencia Física según Lugar de Ocurrencia Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.

Lugar	2011	2012
Hogar	90,5%	90,1%
Vía Pública	4%	5,1%

Fuente: Trabajo de grado “Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las veinte localidades del distrito capital durante el año 2011” elaborado por Alba Gonzalez y Constanza Florez y Base SIVIM 2012.

En el 2011 el lugar de ocurrencia donde se presentan más casos de violencia física es el hogar con un 90.5%, seguido de la vía pública con 4%. En el 2012 continúan siendo estos dos los principales lugares de ocurrencia de la violencia física; lo que se relaciona con los resultados del Forensis: datos para la vida, que ubica en primer lugar a la vivienda aunque el porcentaje varía, pues para el presente trabajo el porcentaje es mucho mayor.

Gráfica 7. Distribución Porcentual de Casos de Violencia Física según el tipo de secuelas Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.



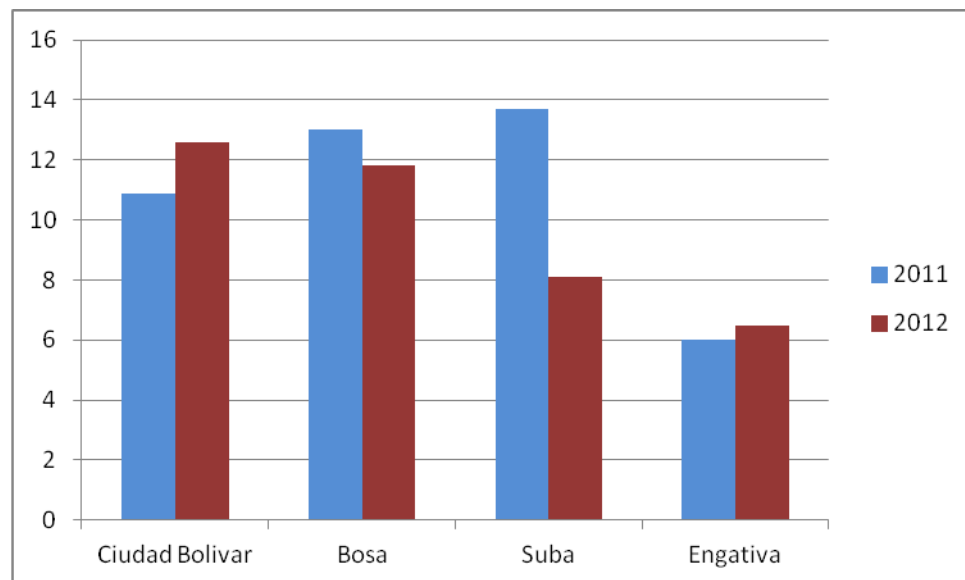
Fuente: Trabajo de grado “Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las veinte localidades del distrito capital durante el año 2011” elaborado por Alba Gonzalez y Constanza Florez y Base SIVIM 2012.

En el 2011, las secuelas con mayor porcentaje son del tipo otros con un 30.91% pero al no estar especificadas es relevante mencionar que las secuelas de tipo emocional como la tristeza y la angustia también son frecuentes con

22.8% y 20.7% cada una. En el 2012 continúan siendo estas secuelas las de mayor distribución porcentual en la violencia física.

Esto significaría que las secuelas emocionales son las de mayor peso de acuerdo con el Estudio multipaís sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer que relaciona la violencia de pareja con la angustia emocional, siendo el llanto y la tristeza algunas de sus manifestaciones y concuerdan con Canaval, Mumphreys, De León & González quienes relacionan estos síntomas con el distrés y a su vez con los efectos de la violencia. (Canaval, González, Humphreys, De León, & González, 2009)

Gráfica 8. Distribución Porcentual de Casos de Violencia Física por localidad en gestantes Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.



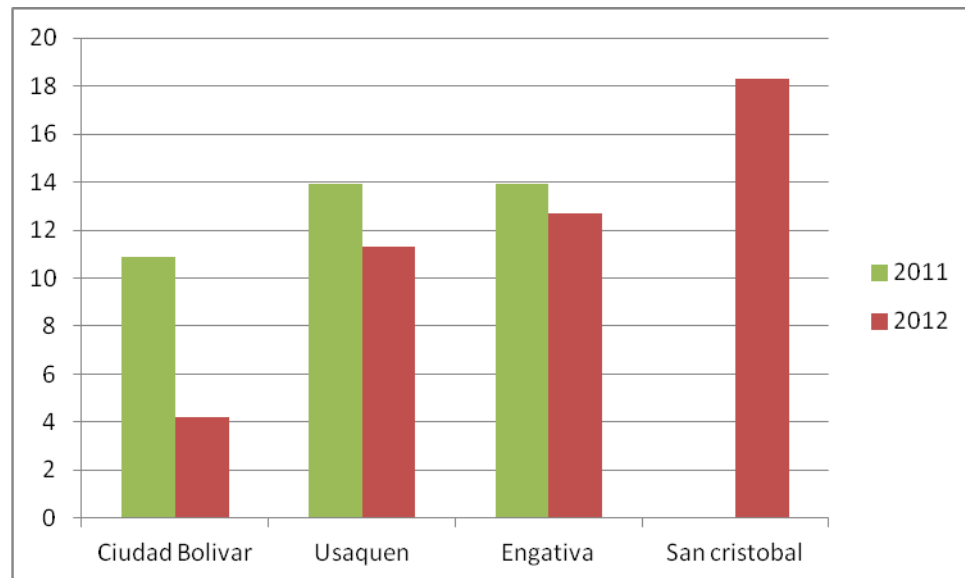
Fuente: Trabajo de grado “Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las veinte localidades del distrito capital durante el año 2011” elaborado por Alba Gonzalez y Constanza Florez y Base SIVIM 2012.

En el 2011, el 4.8% de casos de violencia física se presentan en mujeres gestantes, y en el 2012 fue del 4,5%, observándose una no muy significativa disminución de los casos. En cuanto las localidades, en el 2012 las localidades de Ciudad Bolívar (12,6%) y Kennedy (12,6%) presentaron el mayor número de casos, mientras que el 2011, fueron las localidades de Suba (13,7%) y Ciudad Bolívar (10,9%). De acuerdo a los análisis situacionales en salud elaborados en el año 2012 por las localidades, se evidencio que las localidades con mayor número de embarazo en adolescentes son Ciudad Bolivar en primer lugar, seguido por la localidad de Kennedy.

En relación con Cavanaugh, Messing, Del-Colle, O’Sullivan, & Campbell que acentúa la relación entre la violencia infligida por la pareja, este tipo de

población requiere de una atención priorizada. (Cavanaugh, Messing, Del-Colle, Melissa, O'Sullivan, & Campbell, 2011)

Gráfica 9. Distribución Porcentual de Casos de Violencia Física por localidad en personas en condición de discapacidad Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.



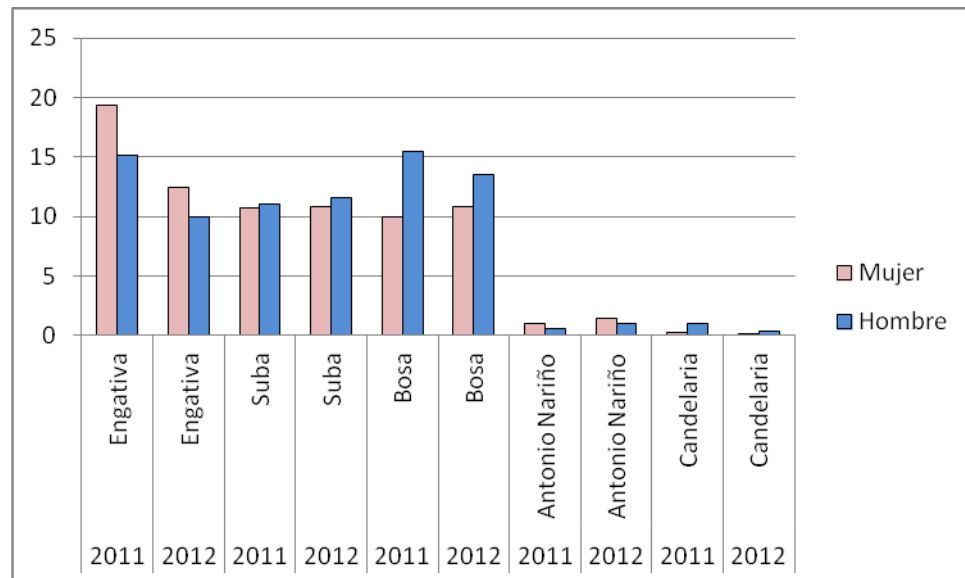
Fuente: Trabajo de grado “Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las veinte localidades del distrito capital durante el año 2011” elaborado por Alba Gonzalez y Constanza Florez y Base SIVIM 2012.

En el 2011, el 1.75% de los casos de violencia física se presentan en personas en condición de discapacidad, mientras que en el 2012 es del 1,3%, observándose una leve disminución de los casos. En el 2011 Las localidades de Ciudad Bolívar con un 10.9%, Engativá con un 13.9% y Usaquén con un 13.9% son las que presentaron más casos de personas en condición de discapacidad con violencia física. En el 2012 fue la localidad de San Cristóbal quien ocupa el primer lugar con el 18.3% de los casos, seguida de Engativá con el 12,7% de los casos.

En el Diagnostico local realizado en San Cristóbal en el 2011, se observó un aumento de la población discapacitada desde el 2008 gracias a la información proporcionada por el Registro de Localización y Caracterización de Población con Discapacidad implementado en la localidad desde el 2005.

De acuerdo a los estudios de Cavanaugh, Messing, Del-Colle, O'Sullivan, & Campbell la condición de discapacidad es un factor de riesgo para las tendencias o conductas suicidas, por ello la importancia de intervenciones oportunas en este grupo. (Cavanaugh, Messing, Del-Colle, Melissa, O'Sullivan, & Campbell, 2011)

Gráfica 10. Distribución Porcentual de Casos de Violencia Física por localidad según el género del agresor Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.



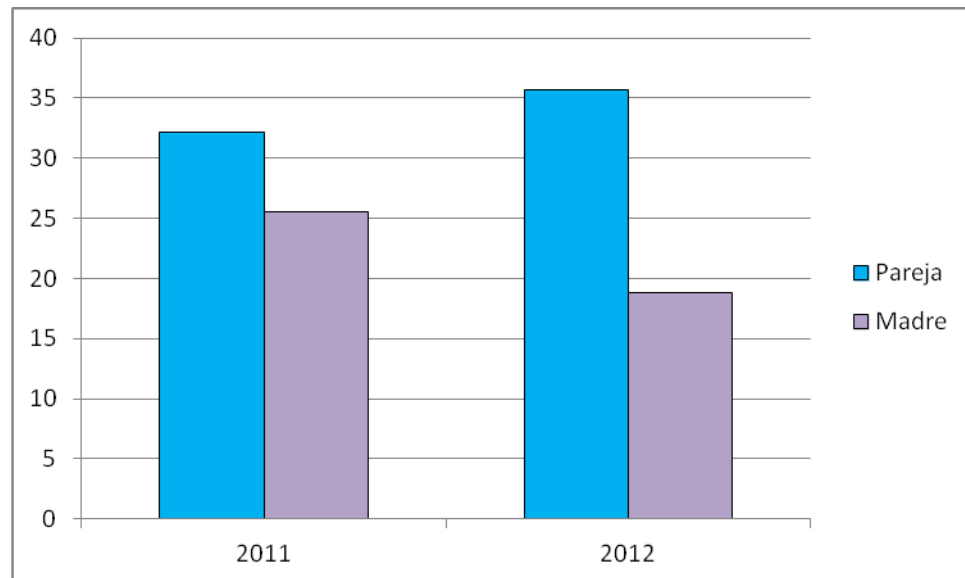
Fuente: Trabajo de grado “Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las veinte localidades del distrito capital durante el año 2011” elaborado por Alba Gonzalez y Constanza Florez y Base SIVIM 2012.

En el 2011, los hombres con un 65.6% son quienes más agreden físicamente. En el 2012 los hombre continuan siendo el mayor agresor con un 69,4%, notandose un leve aumento de estos casos. La localidad cuyo agresor es más frecuentemente masculino es Bosa con un 15.5% y la de menor es Antonio Nariño con un 0.6% en el 2011. En el 2012 continua Bosa siendo la localidad con mayor frecuencia de agresión masculina con el 13,5% de los casos y la localidad de menor casos es Candelaria con un 0,4%.

Cuando el agresor es de género femenino, en el 2011 las localidades con más casos fueron Engativá con un 19.3% y Suba con un 10.7% y la de menor frecuencia es Candelaria con un 0.2%. En el 2012, fueron Bosa con un 10,8% y Suba con un 10.8% y la de menor frecuencia es Candelaria con un 0.1%.

De acuerdo al Estudio multipaís sobre salud de la mujer y violencia doméstica, se demuestra que el mayor agresor es de sexo masculino, así mismo se encuentra que para las mujeres adultas son sus parejas quienes más las agreden.

Gráfica 11. Distribución Porcentual de Casos de Violencia Física según la relación con el agresor Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.



Fuente: Trabajo de grado “Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las veinte localidades del distrito capital durante el año 2011” elaborado por Alba Gonzalez y Constanza Florez y Base SIVIM 2012.

En el 2011, La pareja y la madre son quienes más agreden físicamente con 32.2% y 25.6% respectivamente. En el 2012, continúan estos dos siendo los que más agreden, observándose a su vez un aumento en el porcentaje de agresión por parte de la pareja (35,7%) y una ligera disminución de la agresión por parte de la madre (18,8%).

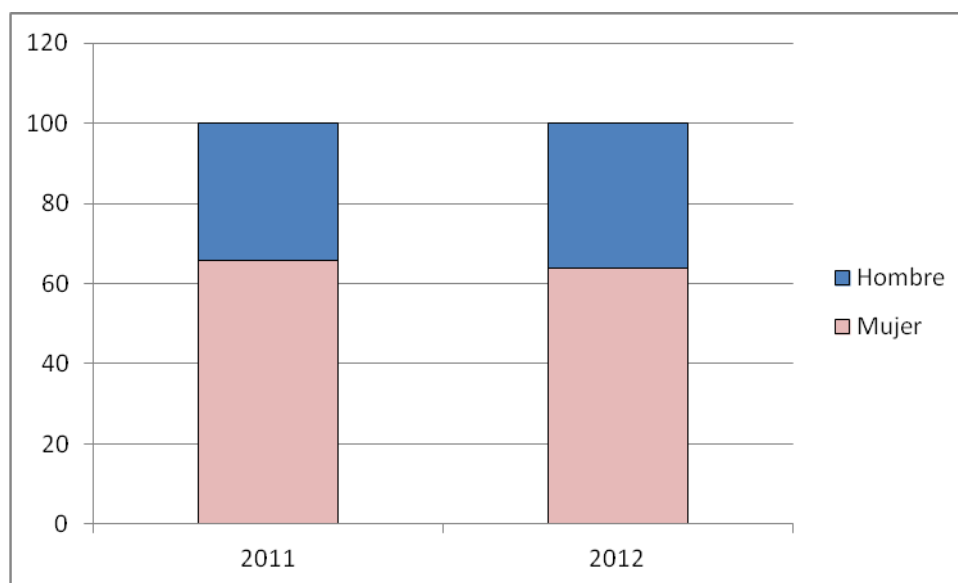
En el 2011 a los hombres los agreden más las madres con un 40.1% y luego los padres con un 28.8% y a las mujeres quienes más las agreden son sus parejas con un 42.8% y después las madres con un 19.7%. En el 2012 esta tendencia permanece.

Con respecto a la relación con el agresor se encuentra que para el grupo de niños menores de 18 años la violencia es efectuada con mayor frecuencia por las madres en un 43.6% y concuerda con el estudio del Departamento Nacional de Planeación DNP y el Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico CEDE de la Universidad de los Andes que señala que las madres son quienes emplean más castigo físico.

Así mismo, la OMS en el Estudio multipaís sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer a través de información recolectada en diez países señala que entre un 15% y 71% de las mujeres que habiendo reportado pareja en algún momento de su vida habían sufrido de violencia física o sexual o ambas, donde se observan la influencia de factores sociodemográficos, culturales y económicos. (Organización Mundial de la Salud, 2005)

7.2 VIOLENCIA EMOCIONAL

Gráfica 12. Distribución Porcentual de casos de Violencia emocional según sexo Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.

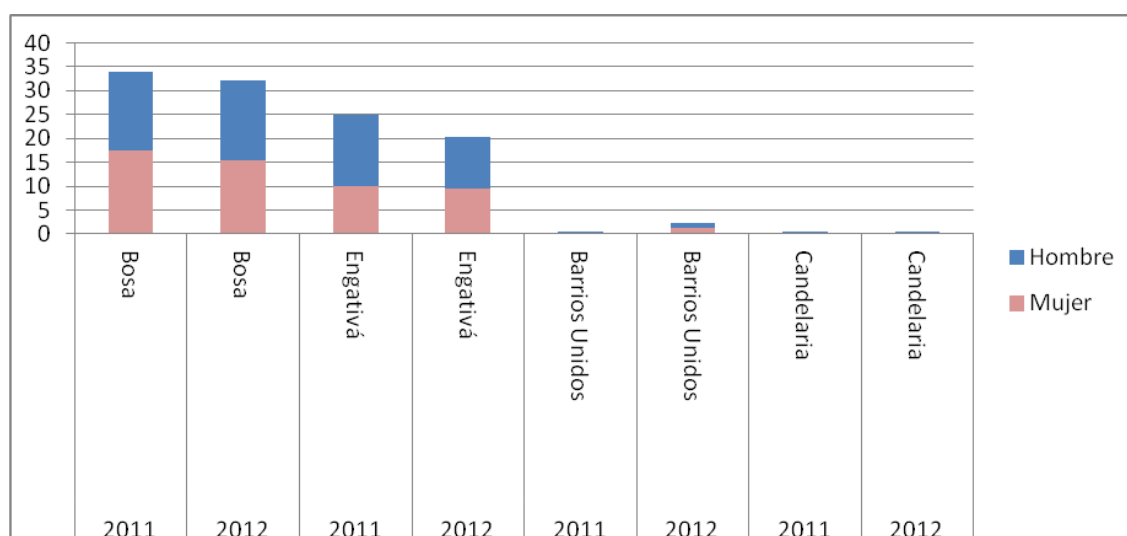


Fuente: Trabajo de grado “Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las veinte localidades del distrito capital durante el año 2011” elaborado por Alba Gonzalez y Constanza Florez y Base SIVIM 2012.

En el 2011 las mujeres presentan en un 65.8% violencia emocional mientras que los hombres un 34.2%. En el 2012 esta tendencia prevalece sin mayores cambios. Se observa que la mujer sigue siendo la principal víctima en este tipo de violencia.

Estos resultados concuerdan con el Estudio multipaís sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer que describe entre un 15% y 71% de violencia por parte de la pareja. (Organización Mundial de la Salud, 2005)

Gráfica 13. Distribución Porcentual de casos de Violencia emocional por localidad según sexo Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.

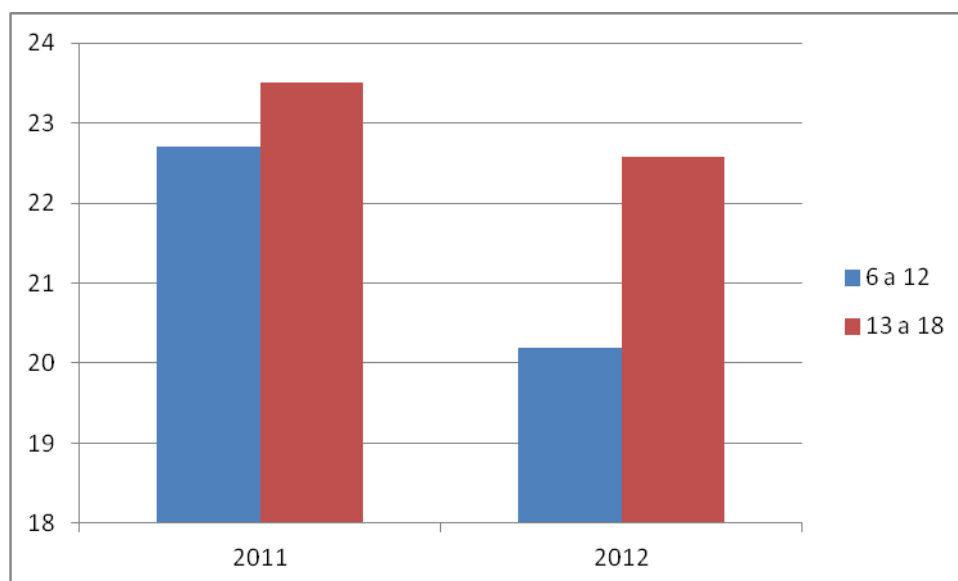


Fuente: Trabajo de grado “Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las veinte localidades del distrito capital durante el año 2011” elaborado por Alba Gonzalez y Constanza Florez y Base SIVIM 2012.

En el 2011 la localidad de Bosa es la que presenta mayor frecuencia de casos por violencia emocional en hombres y mujeres con un 16.5% y un 17.4% respectivamente. En el 2012 Bosa continua siendo la localidad con mayor porcentaje de casos tanto en hombre (16,9%) como en mujeres (15,3%).

Para muchos tipos de violencia, las mujeres resultan ser las víctimas más frecuentes como lo evidencia el estudio y análisis de la violencia la OMS desarrolló en el año 2005 su “Estudio multipaís sobre salud de la mujer y la violencia doméstica contra la mujer”. (Organización Mundial de la Salud, 2005)

Gráfica 14. Distribución Porcentual de casos de Violencia emocional según grupo etáreo Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.



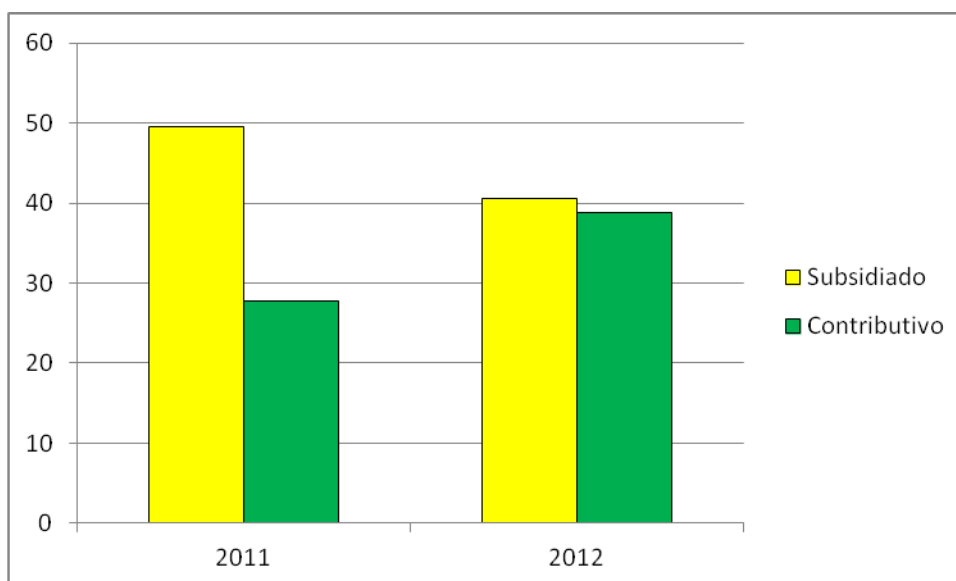
Fuente: Trabajo de grado “Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las veinte localidades del distrito capital durante el año 2011” elaborado por Alba Gonzalez y Constanza Florez y Base SIVIM 2012.

En el 2011 los grupos etáreos con mayor número de casos fue el de 13 a 18 y en segundo lugar el de 6 a 12. En el 2012 esta tendencia prevalece siendo estos dos grupos con los mayores porcentajes (22,6% y 20,2% respectivamente).

Con respecto a la edad se puede apreciar que a medida que aumenta la edad aumenta la agresión emocional el pico en el grupo de edad de 13 a 18.

Los resultados encontrados concuerdan con el Informe Mundial sobre la violencia y la salud que señala que a mayor edad de las mujeres es mayor el riesgo de violencia emocional y para los hombres a menor edad mayor riesgo. (Organización Mundial de la Salud - Organización Panamericana de la Salud, 2002)

Gráfica 15. Distribución Porcentual de casos de Violencia emocional según aseguramiento Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.

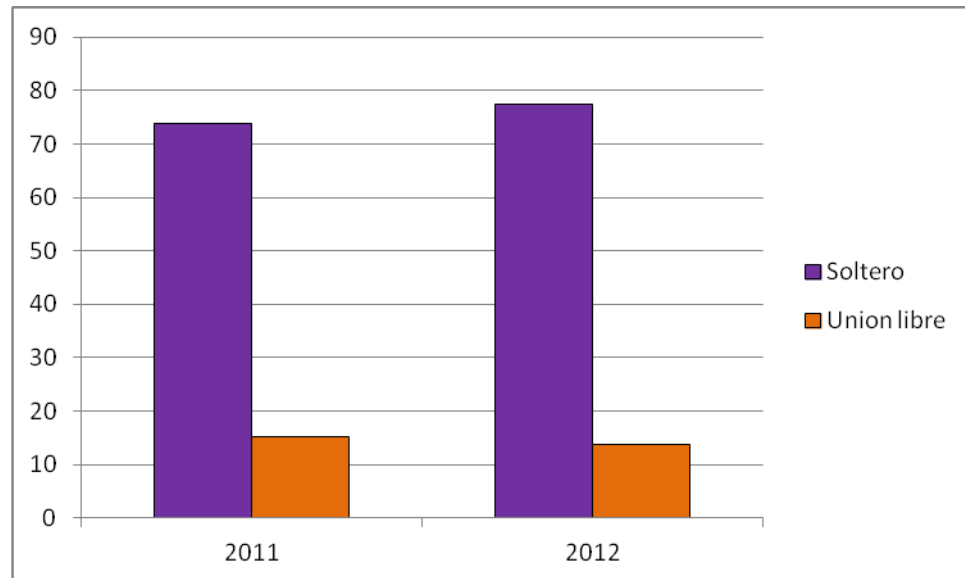


Fuente: Trabajo de grado “Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las veinte localidades del distrito capital durante el año 2011” elaborado por Alba Gonzalez y Constanza Florez y Base SIVIM 2012.

En el 2011 el régimen subsidiado presenta un 49.6% de casos mientras que el régimen contributivo un 27.8%. En el 2012 la diferencia se acorta entre estos tipos de aseguramiento, con un 40,6% para el régimen subsidiado y 38,8% para el Contributivo.

En relación con el aseguramiento el régimen subsidiado es el de mayor frecuencia de notificación, aunque le sigue muy de cerca el régimen contributivo. Esto sugiere que la condición económica podría ser un determinante para la violencia emocional y está relacionado con la teoría a través de los estudios del Departamento Nacional de Planeación DNP y el Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico CEDE de la Universidad de los Andes, así como de Kalaca & Dundar que indican que los ingresos económicos o la capacidad económica es un determinante de la violencia en tanto que a medida que son menores mayor es el riesgo de violencia. En general, la dependencia económica determina las situaciones de violencia, por lo que los menores de edad dada su condición de dependencia económica son más vulnerables. (Kalaca & Dundar, 2010)

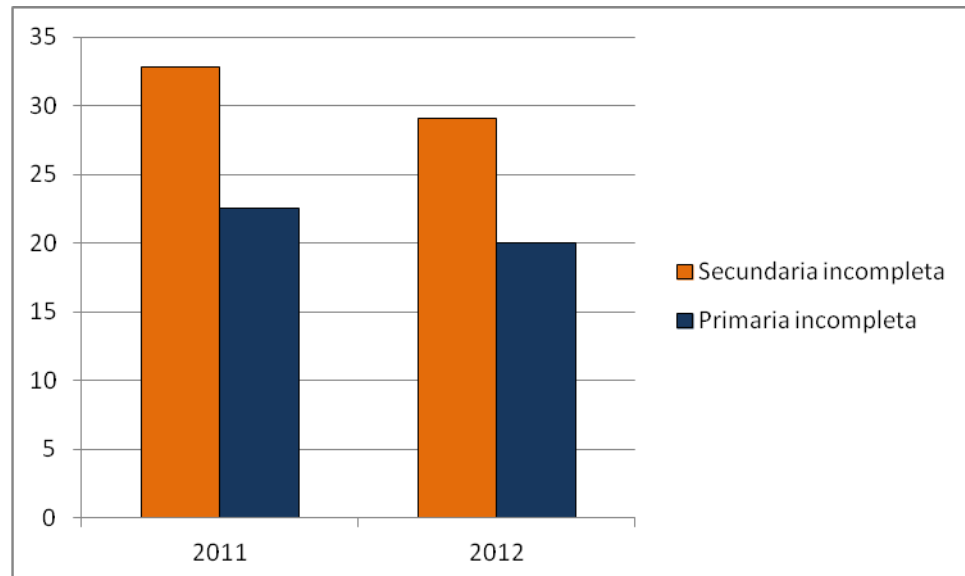
Gráfica 16. Distribución Porcentual de casos de Violencia emocional según estado civil Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.



Fuente: Trabajo de grado “Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las veinte localidades del distrito capital durante el año 2011” elaborado por Alba Gonzalez y Constanza Florez y Base SIVIM 2012.

En el 2011 el estado civil con mayor porcentaje es soltero(a) con 73.9% seguido de la unión libre con 15.2%. En el 2012 estos dos tipos de estado civil siguen presentado el mayor número de casos. El estado soltero(a) se relaciona a su vez con el alto porcentaje de maltrato infantil que se observó en la gráfica de grupos etáreos.

Gráfica 17. Distribución Porcentual de casos de Violencia emocional según escolaridad Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.



Fuente: Trabajo de grado “Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las veinte localidades del distrito capital durante el año 2011” elaborado por Alba Gonzalez y Constanza Florez y Base SIVIM 2012.

En el 2011, el grado de escolaridad secundaria incompleta es la de mayor porcentaje con un 32.8% y continúa primaria incompleta con un 22.5%. En el 2012, el grado de escolaridad secundaria incompleta sigue siendo el de mayor porcentaje con 29,1% de los casos, pero esta vez le sigue la desescolaridad con el 22,5% de los casos, y en tercer lugar se encuentra la primaria incompleta con 20%. Lo que indicaría que el bajo nivel educativo de las víctimas de violencia emocional es un importante factor de riesgo y que además se relaciona con los bajos ingresos y la posibilidad de adquirir autonomía e independencia.

Lo anterior no concuerda con el estudio del Departamento Nacional de Planeación DNP y el Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico CEDE de la Universidad de los Andes y el Estudio multipaís sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer que señalan que a mayor grado de escolaridad la violencia emocional o la que denominan psicológica aumenta. 2005)(Departamento Nacional de Planeación DNP, Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico CEDE -Universidad de los Andes, 2004)

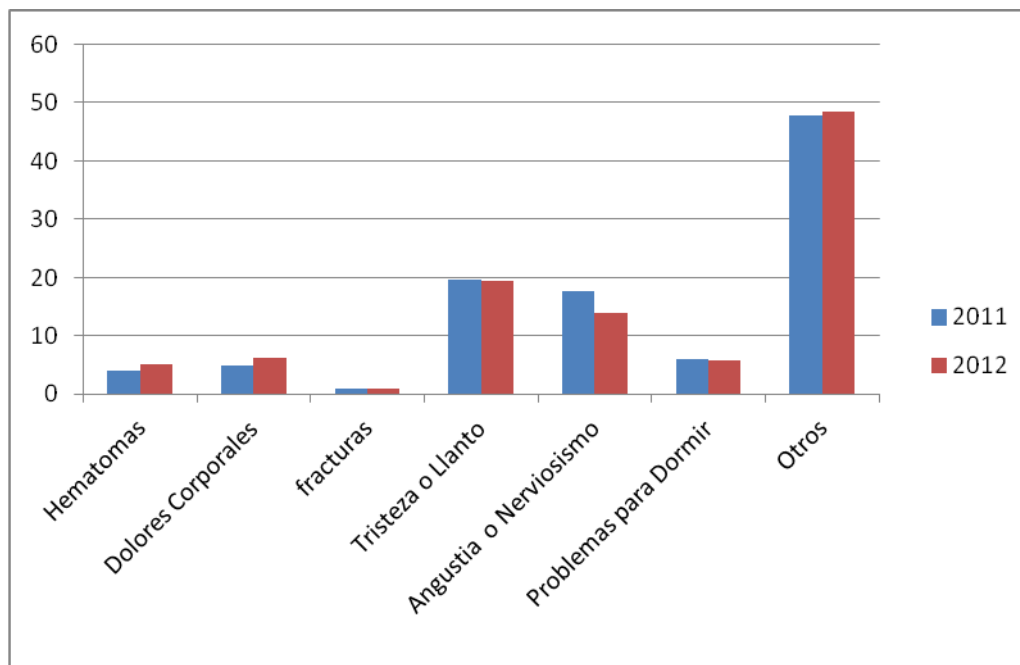
Tabla 3. Distribución Porcentual de casos de Violencia emocional según lugar de ocurrencia Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.

Lugar	2011	2012
Hogar	94,2 %	93,1 %
Vía Pública	2,2 %	3,1 %

Fuente: Trabajo de grado “Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las veinte localidades del distrito capital durante el año 2011” elaborado por Alba Gonzalez y Constanza Florez y Base SIVIM 2012.

En el 2011, el lugar de ocurrencia donde se presentan más casos de violencia emocional es el hogar con un 94.2%, seguido de la vía pública con 2.2%, igual que en el 2012. Lo que se relaciona con los resultados del Forensis 2011: datos para la vida que ubica en primer lugar a la vivienda aunque el porcentaje varia, pues para el presente trabajo el porcentaje es mucho mayor.

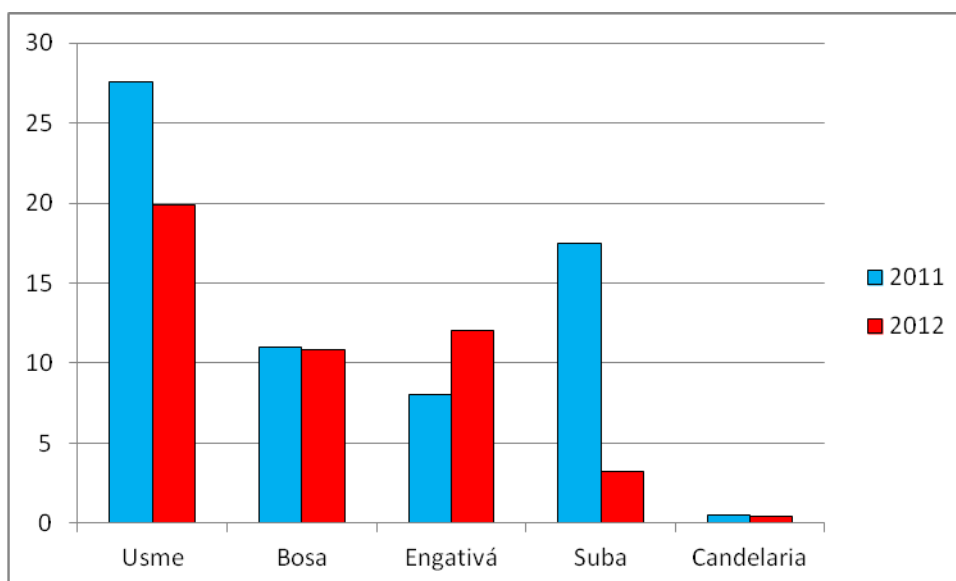
Gráfica 18. Distribución Porcentual de casos de Violencia emocional según el tipo de secuelas Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.



Fuente: Trabajo de grado "Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las veinte localidades del distrito capital durante el año 2011" elaborado por Alba Gonzalez y Constanza Florez y Base SIVIM 2012.

En el 2011 para la violencia emocional las secuelas con mayor porcentaje son del tipo otros con un 47.7%, le sigue la tristeza con 19.6% y la angustia con 17.7% de los casos. En el 2012 continua estas secuelas ocupando los primeros lugares como se observa en la gráfica. Lo anterior señala que ante la presencia de violencia emocional disminuyen las secuelas de tipo emocional, hecho que es contrario en la violencia física donde se acentúan. Esto se relaciona con el Estudio multipaís sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer que relaciona la violencia de cualquier tipo con la angustia emocional, siendo el llanto y la tristeza algunas de sus manifestaciones y concuerdan con Canaval, Mumphreys, De León & González quienes relacionan estos síntomas con el distrés y a su vez con los efectos de la violencia. (Canaval, González, Mumphreys, De León, & González, 2009)

Gráfica 19. Distribución Porcentual de casos de Violencia emocional por localidad en gestantes Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.



Fuente: Trabajo de grado “Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las veinte localidades del distrito capital durante el año 2011” elaborado por Alba Gonzalez y Constanza Florez y Base SIVIM 2012.

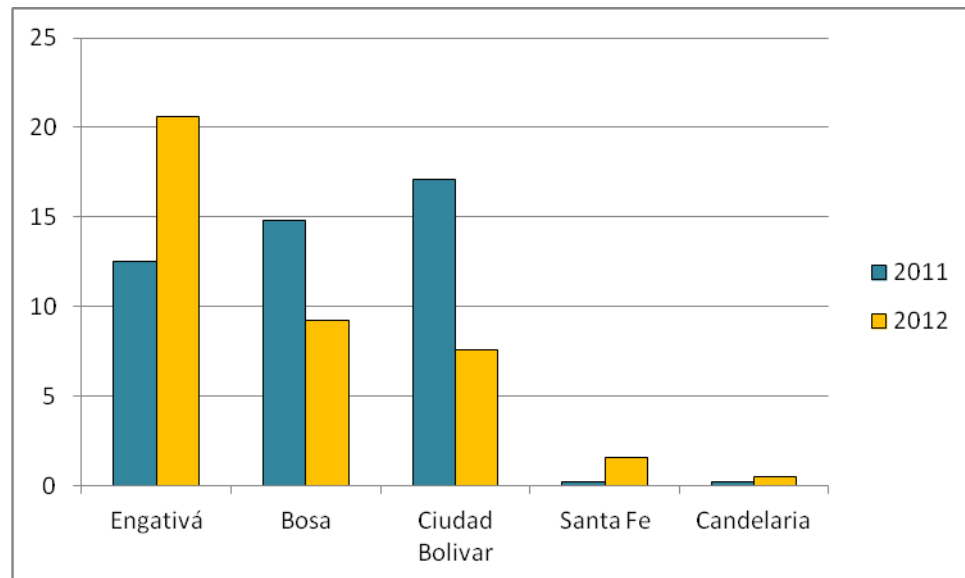
En el 2011 el 9.4% de casos de violencia emocional se presentan en mujeres gestantes, mientras que en el 2012 disminuye al 8,8% de los casos.

En el 2011 las localidades de Usme con un 27.6% y Suba con un 17.5% son las que presentan más casos de gestantes con violencia emocional. En el 2012 continua Usme ocupando el primer lugar con un 19,9%, pero el segundo lugar lo ocupa Engativá con el 12% de los casos.

De acuerdo al análisis de situación en salud de suba, esta localidad ha presentado una disminución en la tasa de fecundidad desde el 2010, lo que se puede relacionar con la disminución de casos de violencia en esta población.

En comparación con la violencia física, la violencia emocional aumenta en este grupo vulnerable de la sociedad.

Gráfica 20. Distribución Porcentual de casos de Violencia emocional por localidad en personas en condición de discapacidad Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.

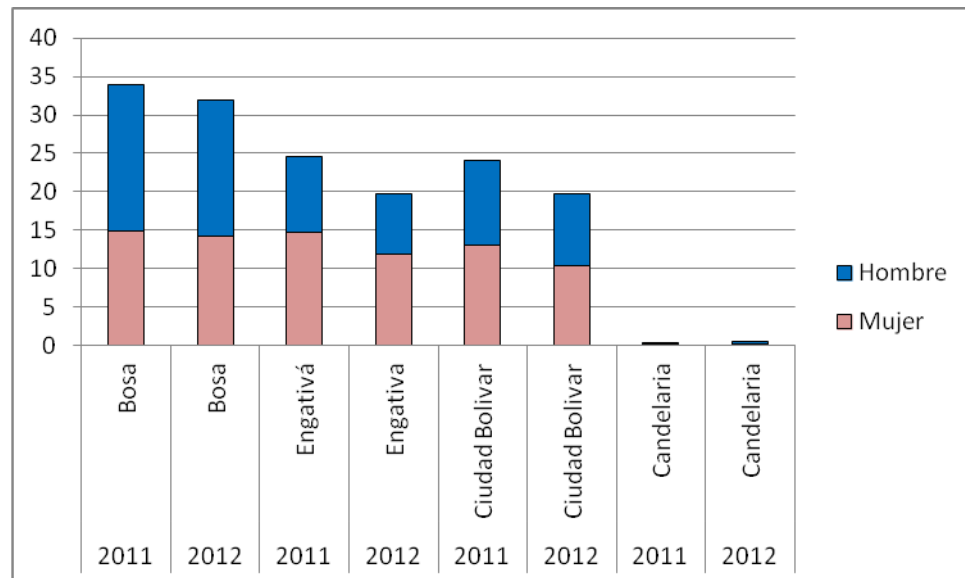


Fuente: Trabajo de grado “Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las veinte localidades del distrito capital durante el año 2011” elaborado por Alba Gonzalez y Constanza Florez y Base SIVIM 2012.

En el 2011, el 2.78% de los casos de violencia emocional se presentan en personas en condición de discapacidad. En el 2012 disminuye a 2,3%. En el 2011 las localidades de Ciudad Bolívar con un 17.1% y Bosa con un 14.8% son las que presentan más casos de personas en condición de discapacidad con violencia emocional. En el 2012, Engativá continúa ocupando el primer lugar con 20,6% de los casos, evidenciándose un aumento considerable de estos. El segundo lugar lo ocupa la localidad de Usaquén con un 17,5% de los casos notificados.

También se observa que este grupo vulnerable presenta mayor porcentaje en los casos de violencia emocional en comparación con la violencia física.

Gráfica 21. Distribución Porcentual de Casos de Violencia emocional por localidad según el género del agresor Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.



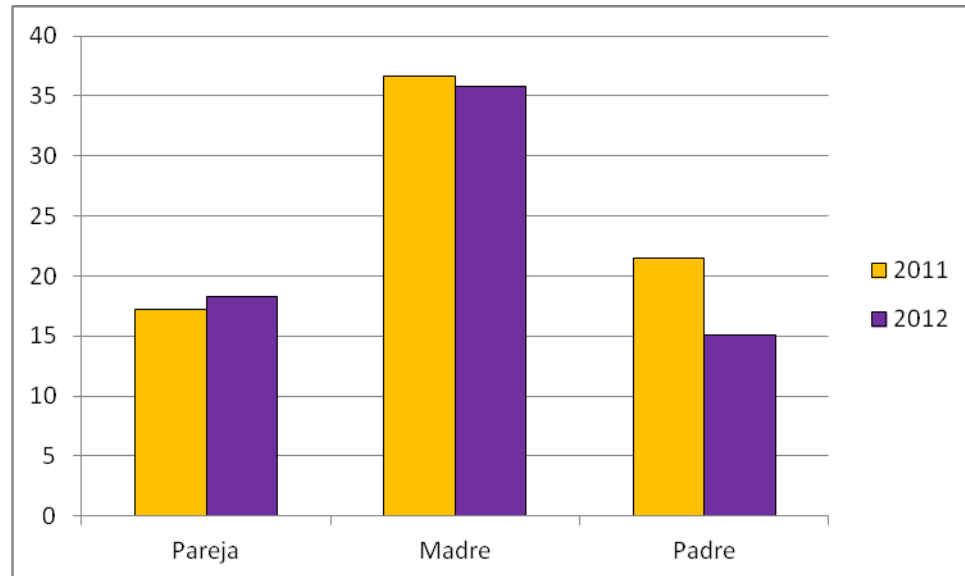
Fuente: Trabajo de grado “Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las veinte localidades del distrito capital durante el año 2011” elaborado por Alba Gonzalez y Constanza Florez y Base SIVIM 2012.

En el 2011, los hombres con un 54.02% son quienes más agreden emocionalmente; pero en el 2012 esto cambia, siendo las mujeres las mayores agresoras con un 50,7% de los casos.

En el 2011 y 2012, la localidad cuyo agresor es más frecuentemente masculino como femenino es Bosa (19% y 14,9 % respectivamente). Bosa es una de las localidades que se encuentra en emergencia social en la ciudad de Bogotá, de acuerdo a los análisis de situación en salud realizados en la localidad evidenciándose factores como la pobreza, la violencia y el desplazamiento.

Este resultado no coincide con el Estudio multipaís sobre salud de la mujer y violencia doméstica, donde se evidencia al hombre como el mayor victimario y donde se registra que para las mujeres adultas son sus parejas quienes más las agreden. (Organización Mundial de la Salud, 2005)

Gráfica 22. Distribución Porcentual de Casos de Violencia emocional según la relación con el agresor Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.



Fuente: Trabajo de grado “Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las veinte localidades del distrito capital durante el año 2011” elaborado por Alba Gonzalez y Constanza Florez y Base SIVIM 2012.

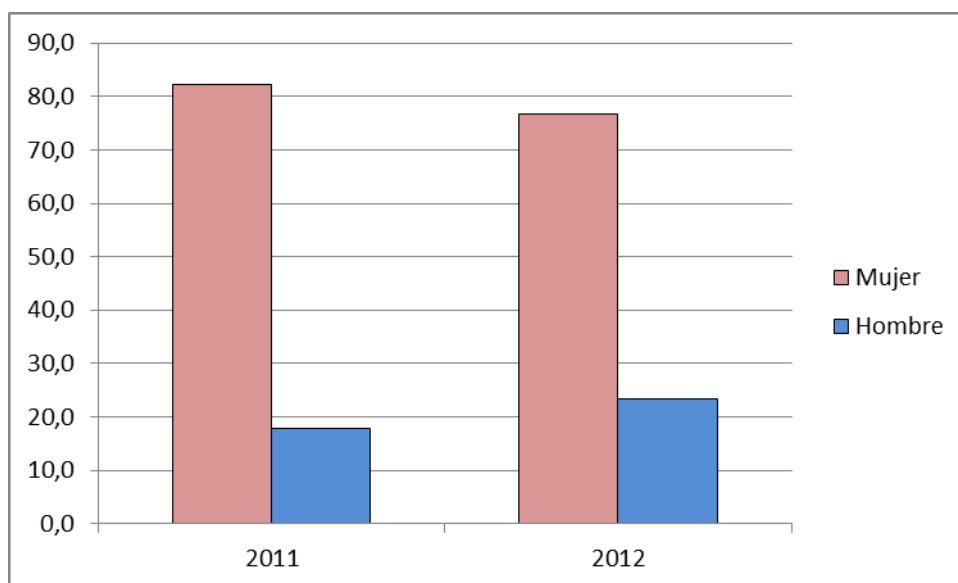
En el 2011, la madre y el padre son quienes más agreden emocionalmente con 36.6% y 21.5% respectivamente, después continua la pareja con un 17.2%. En el 2012, la madre continua siendo la mayor agresora con 35,8%, pero el segundo mayor agresor pasa a ser la pareja con 18,3%, seguido por el padre con 15,1%.

Esto se relaciona con el resultado de los grupos etáreos, donde se evidencia que la población infantil es la más afectada, siendo su mayor agresor la madre.

Lo anterior, concuerda con el estudio del Departamento Nacional de Planeación DNP y el Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico CEDE de la Universidad de los Andes que señala que las madres son quienes emplean más castigo y se asocia con reprimendas verbales violentas. (Departamento Nacional de Planeación DNP, Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico CEDE -Universidad de los Andes, 2004)

7.3 VIOLENCIA SEXUAL.

Gráfica 23. Distribución Porcentual de Casos de Violencia Sexual según sexo
Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.

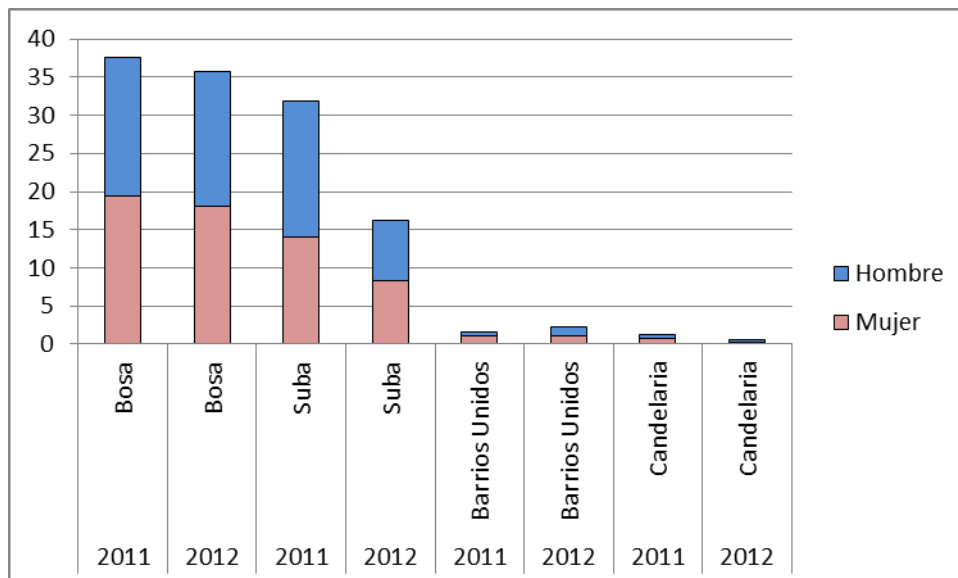


Fuente: Trabajo de grado “Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las veinte localidades del distrito capital durante el año 2011” elaborado por Alba Gonzalez y Constanza Florez y Base SIVIM 2012.

En el 2011, las mujeres presentan en un 82.2% violencia sexual mientras que los hombres un 17.8%. En el 2012, en la mujer disminuye a 76,7% y en el hombre aumenta a 23,3%. Pero aún así, la mujer continua siendo la principal víctima de este tipo de violencia.

Estos resultados se acercan a los hallazgos del Estudio multipaís sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer que describe entre un 15% y 71% de violencia por parte de la pareja que incluye cualquier tipo de expresión de la violencia. Esta situación sugeriría como lo mencionan los estudios que la expresión, denuncia o reporte de casos de violencia sexual por parte de la pareja son normalizados y se requiere de sensibilización y concienciación en todos los aspectos para contrarrestar este tipo de violencia. (Organización Mundial de la Salud, 2005)

Gráfica 24. Distribución Porcentual de casos de Violencia Sexual por localidad según sexo Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.



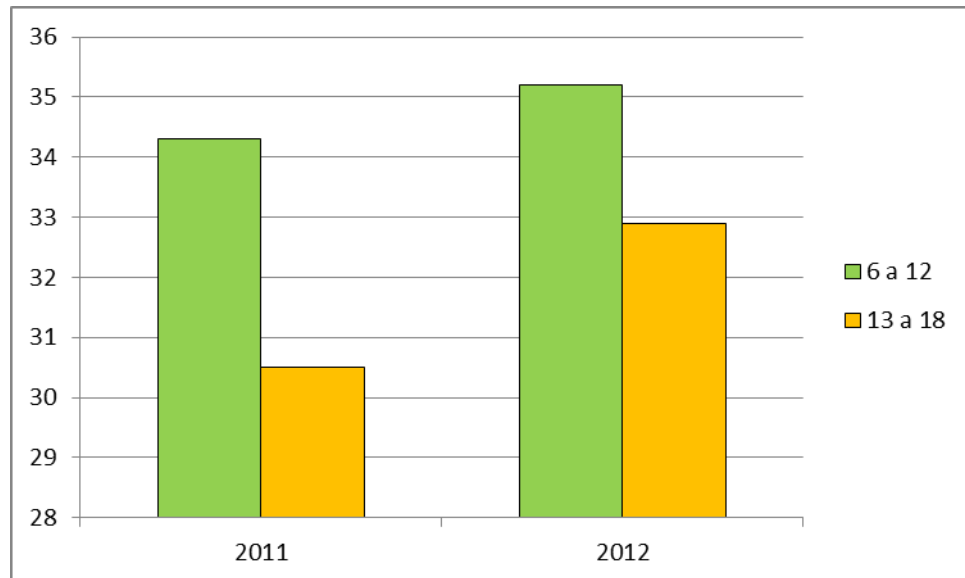
Fuente: Trabajo de grado “Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las veinte localidades del distrito capital durante el año 2011” elaborado por Alba Gonzalez y Constanza Florez y Base SIVIM 2012.

En el 2011, en las localidades de Bosa y Suba es donde se encuentra mayor porcentaje de hombres (18.1%- 15.8% respectivamente) y de mujeres (19.4% - 14% respectivamente) reportados por violencia sexual y las de menor son Candelaria y Barrios Unidos tanto para hombres (0.5%-0.5% respectivamente) como para mujeres (0.7%-1.1% respectivamente). En el 2012 Bosa continua siendo la localidad con más casos de violencia sexual tanto para la mujer como en el hombre (18%- 17.8% respectivamente). Le sigue la localidad de Kennedy, con 11.8% en la mujer y 13.5% en el hombre. Las localidades con menores casos son Sumapaz y Teusaquillo.

Bosa es una de las localidades más afectadas por factores como la pobreza, la violencia y el desplazamiento en la ciudad de Bogotá, de acuerdo a los análisis de situación en salud realizados en la localidad.

Por otro lado, vemos que en la localidad de Suba, ha logrado disminuir la incidencia de los casos de violencia del 2011 al 2012, lo cual puede estar relacionado con las políticas de salud de la localidad que buscan afectar positivamente los determinantes sociales de la salud, de acuerdo al análisis de situación en salud realizado.

Gráfica 25. Distribución Porcentual de casos de Violencia Sexual según grupo etéreo Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.

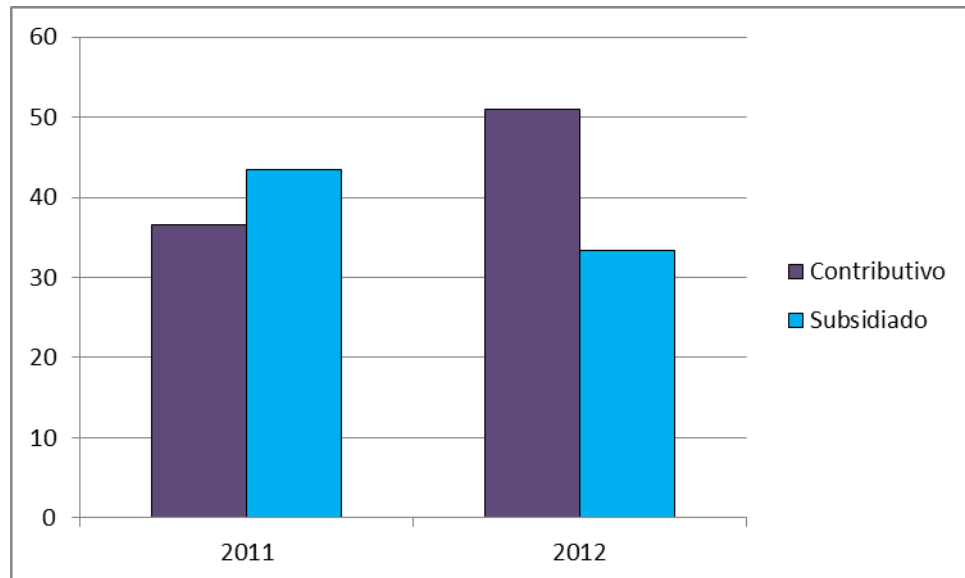


Fuente: Trabajo de grado “Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las veinte localidades del distrito capital durante el año 2011” elaborado por Alba Gonzalez y Constanza Florez y Base SIVIM 2012.

En el 2011, el grupo etéreo en donde se presenta más violencia sexual es el de 6 a 12 años con un 34.3% y continúa el grupo de edad de 13 a 18 años con 30.5%. En el 2012 continúa siendo estos dos grupos etéreos los de mayor porcentaje de casos (35.2% y 32.9% respectivamente). Además se observa el aumento de casos en el 2012 en estos dos grupos etéreos, siendo la población infantil el grupo más vulnerable en este tipo de violencia.

Estos resultados concuerdan con las investigaciones realizadas por Sexual Violence Research Initiative SVRI, Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA, Organización Panamericana de la Salud OPS publicadas en Violencia sexual en Latinoamérica y El Caribe: Análisis de datos secundarios. (Sexual Violence Research Initiative SVRI, Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA, Organización Panamericana de la Salud OPS, 2010)

Gráfica 26. Distribución Porcentual de casos de Violencia Sexual según aseguramiento Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.

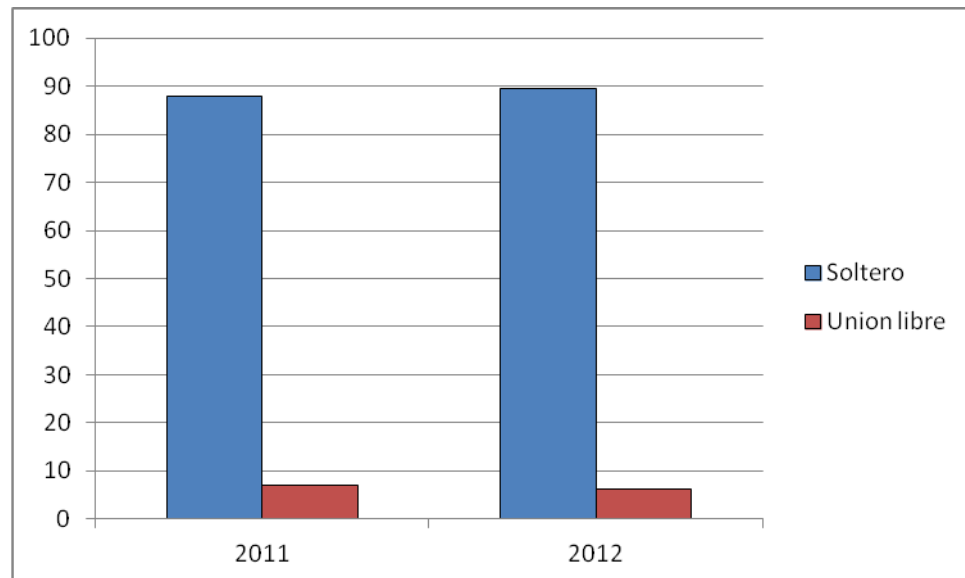


Fuente: Trabajo de grado “Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las veinte localidades del distrito capital durante el año 2011” elaborado por Alba Gonzalez y Constanza Florez y Base SIVIM 2012.

En el 2011, el régimen subsidiado presenta un 43.5% de casos mientras que el régimen contributivo un 36.6%. En el 2012 esto cambia drásticamente, siendo el contributivo el de mayor porcentaje de casos con 51%, siguiendo el subsidiado con el 33,4%. Esto significa que no es un factor protector un mejor nivel económico, pues la violencia sexual no discrimina este tipo de condiciones.

Este resultado no coincide con la teoría establecida a través de los estudios del Departamento Nacional de Planeación DNP y el Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico CEDE de la Universidad de los Andes, así como de Kalaca & Dundar que indican que los ingresos económicos son factores individuales o familiares que aportan riesgo de sufrir violencia. (Departamento Nacional de Planeación DNP, Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico CEDE -Universidad de los Andes, 2004)

Gráfica 27. Distribución Porcentual de casos de Violencia Sexual según estado civil Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.

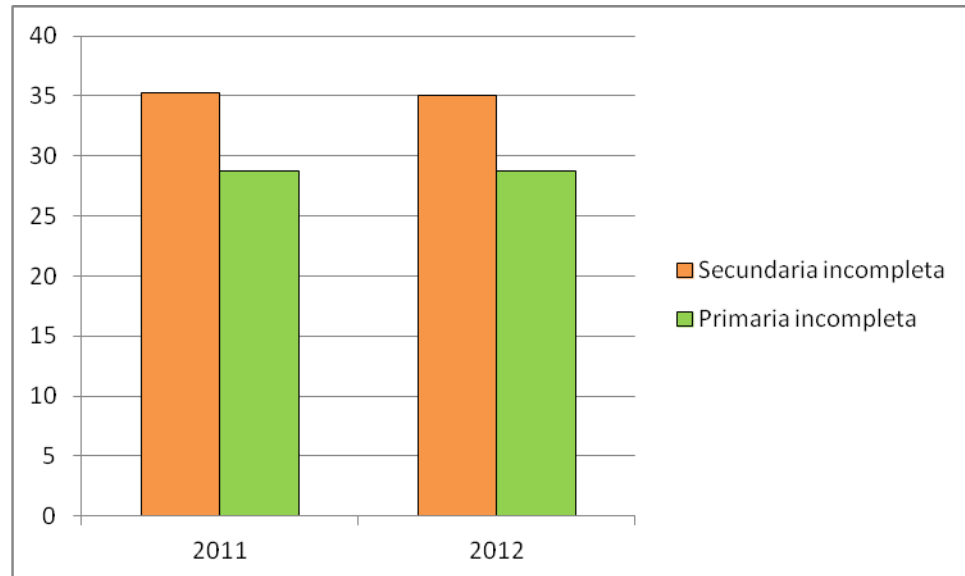


Fuente: Trabajo de grado “Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las veinte localidades del distrito capital durante el año 2011” elaborado por Alba Gonzalez y Constanza Florez y Base SIVIM 2012.

En el 2011, el estado civil con mayor porcentaje es soltero(a) con 87.8% seguido de la unión libre con 7.05%. En el 2012 prevalece esta tendencia, teniendo esto relación con los resultados del grupo etáreo, donde se observa que la población infantil es la más afectada en este tipo de violencia.

Estos resultados concuerdan con las investigaciones realizadas por Sexual Violence Research Initiative SVRI, Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA, Organización Panamericana de la Salud OPS publicadas en Violencia sexual en Latinoamérica y El Caribe: Análisis de datos secundarios. (Sexual Violence Research Initiative SVRI, Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA, Organización Panamericana de la Salud OPS, 2010)

Gráfica 28. Distribución Porcentual de casos de Violencia Sexual según según escolaridad Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.

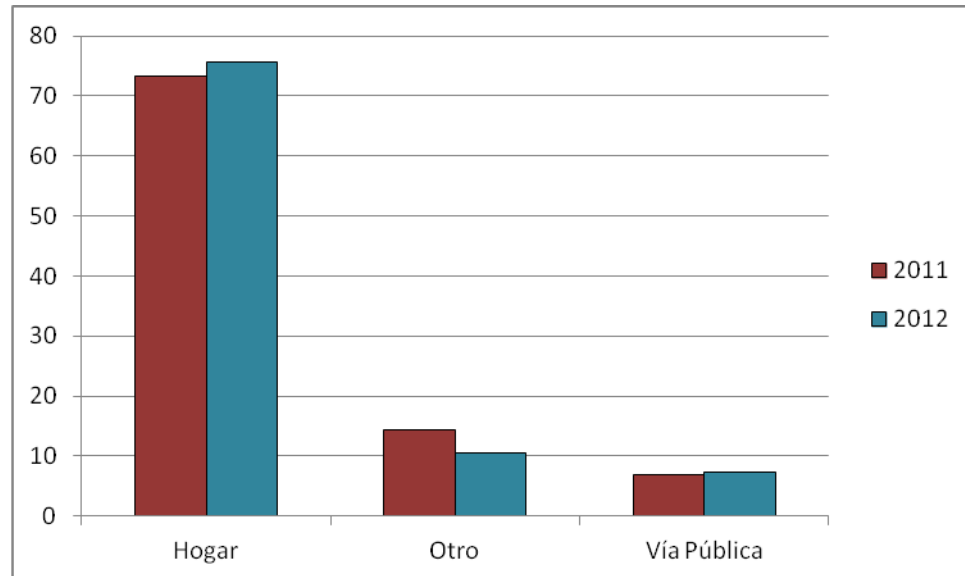


Fuente: Trabajo de grado “Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las veinte localidades del distrito capital durante el año 2011” elaborado por Alba Gonzalez y Constanza Florez y Base SIVIM 2012.

En el 2011, el grado de escolaridad secundaria incompleta es la de mayor porcentaje con un 35.3% y continúa primaria incompleta con un 28.7%. En el 2012 esta tendencia permanece igual.

Estos resultados indicarían el bajo nivel educativo de las víctimas de violencia sexual, sin embargo, también concuerda con los resultados que indican que son los niños y niñas las mayores víctimas de este tipo de violencia y por estar en edad escolar es más frecuente que estén dentro de estos niveles educativos.

Gráfica 29. Distribución Porcentual de casos de Violencia Sexual según lugar de ocurrencia Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.

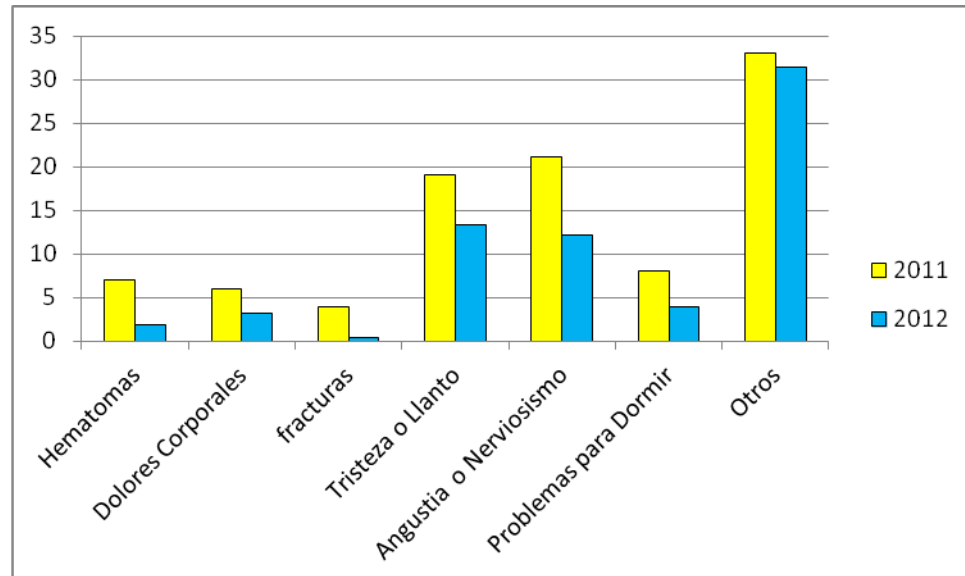


Fuente: Trabajo de grado “Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las veinte localidades del distrito capital durante el año 2011” elaborado por Alba Gonzalez y Constanza Florez y Base SIVIM 2012.

En el 2011, el lugar de ocurrencia donde se presentan más casos de violencia sexual es el hogar con un 73.3%, seguido de otro lugar con 14.3% y luego la vía pública con 6.9%. En el 2012, este orden continua, y se observa además aumento de los casos ocurridos en el hogar, disminución en otro lugar y un ligero aumento en los casos ocurridos en la vía pública.

Lo anterior se relaciona con los resultados del Forensis: datos para la vida que ubica en primer lugar a la vivienda aunque el porcentaje varía, pues para el presente trabajo el porcentaje es mucho mayor. Es importante señalar que el porcentaje de violencia sexual ocurrido en vía pública concuerda con las cifras en las que el agresor es desconocido por lo que se sugiere que esta violencia se configuraría como ataques sexuales.

Gráfica 30. Distribución Porcentual de casos de Violencia Sexual según el tipo de secuelas Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.

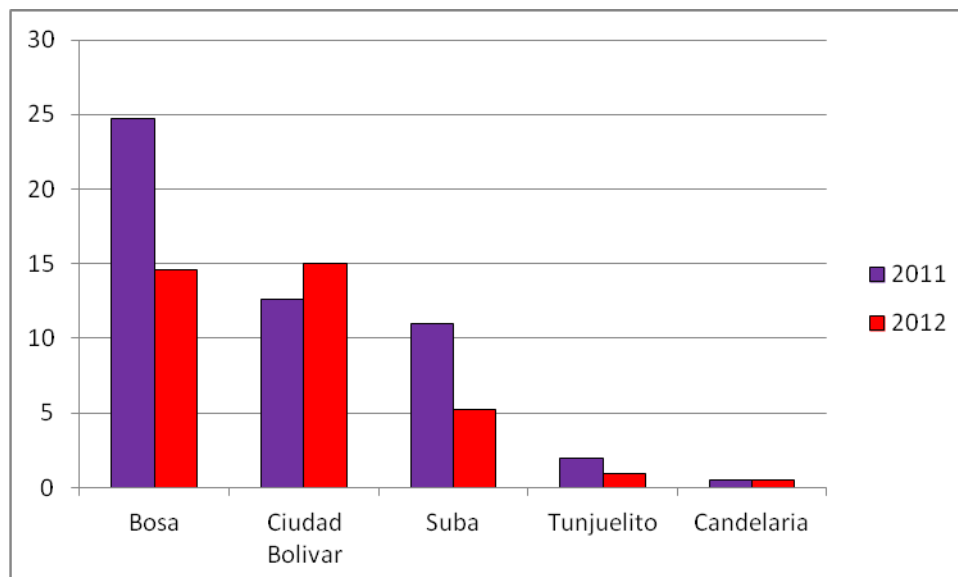


Fuente: Trabajo de grado “Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las veinte localidades del distrito capital durante el año 2011” elaborado por Alba Gonzalez y Constanza Florez y Base SIVIM 2012.

En el 2011, para la violencia sexual las secuelas con mayor porcentaje son del tipo otros con un 33.1% que no están especificadas y es importante mencionar que las secuelas de tipo emocional como angustia presenta un 21.1% y la tristeza un 19%. En el 2012, las secuelas de tipo otros continúan siendo las que se presentan en la mayoría de casos, pero esta vez ocupa el segundo lugar la secuela de tristeza, seguida después por la de la angustia.

Estos resultados concuerdan con el Estudio multipaís sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer; Canaval, Mumphreys, De León & González y con el estudio de Violencia sexual en Latinoamérica y El Caribe: Análisis de datos secundarios, que refieren consecuencias no sólo físicas sino emocionales al ser víctima de violencia sexual.

Gráfica 31. Distribución Porcentual de casos de Violencia Sexual por localidad en gestantes Bogotá – Colombia en el 2011 y 2012.

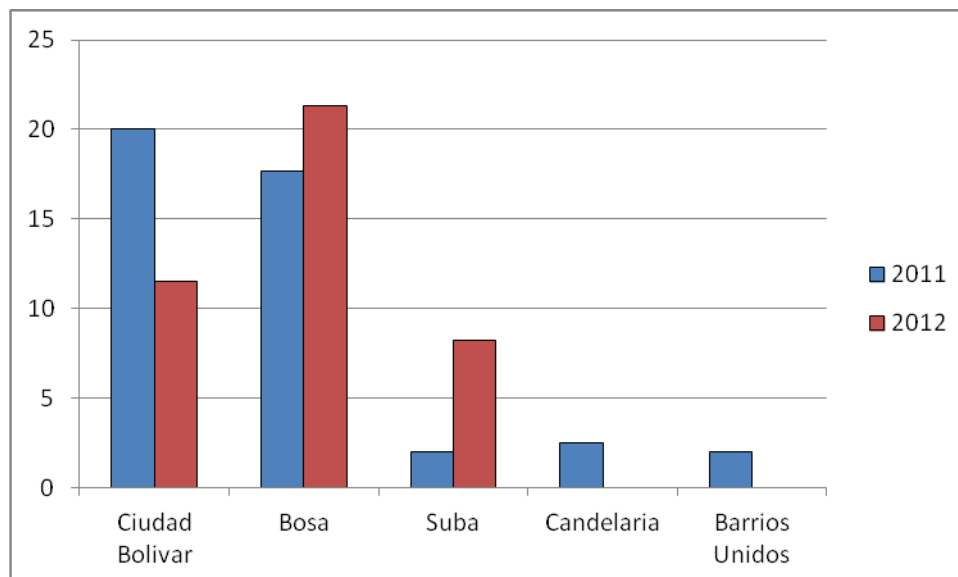


Fuente: Trabajo de grado “Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las veinte localidades del distrito capital durante el año 2011” elaborado por Alba Gonzalez y Constanza Florez y Base SIVIM 2012.

En el 2011, el 7.2 % de casos de violencia sexual se presentan en mujeres gestantes. En el 2012 este porcentaje no varía mucho (7.2%).

En el 2011, las localidades de Bosa con un 24.7% y Ciudad Bolívar con un 12.6% son las que presentan más casos de gestantes con violencia sexual. En el 2012, Ciudad Bolívar pasa a ser la localidad con mayor número de casos (15%), seguida de la localidad de Bosa (14,6%).

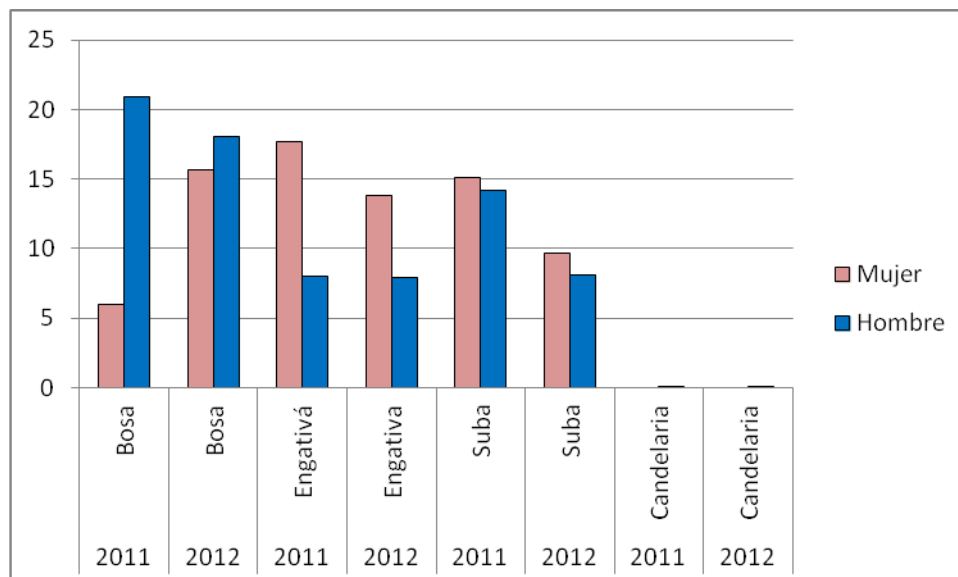
Gráfica 32. Distribución Porcentual de casos de Violencia Sexual por localidad en personas en condición de discapacidad – Colombia en el 2011 y 2012.



Fuente: Trabajo de grado “Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las veinte localidades del distrito capital durante el año 2011” elaborado por Alba Gonzalez y Constanza Florez y Base SIVIM 2012.

En el 2011, el 2.04% de los casos de violencia sexual se presentan en personas en condición de discapacidad. En el 2012 este valor no varía significativamente (2% de los casos). En el 2011, las localidades de Ciudad Bolívar con un 20% y Bosa con un 17.7% son las que presentan más casos de personas en condición de discapacidad con violencia sexual. En el 2012, la localidad de Bosa pasa a ocupar el primer lugar (21,3%), seguida de la localidad de Kennedy (18%). Candelaria y Barrios Unidos no presentan casos para el 2012.

Gráfica 33. Distribución Porcentual de casos de Violencia Sexual según el género del agresor – Colombia en el 2011 y 2012.

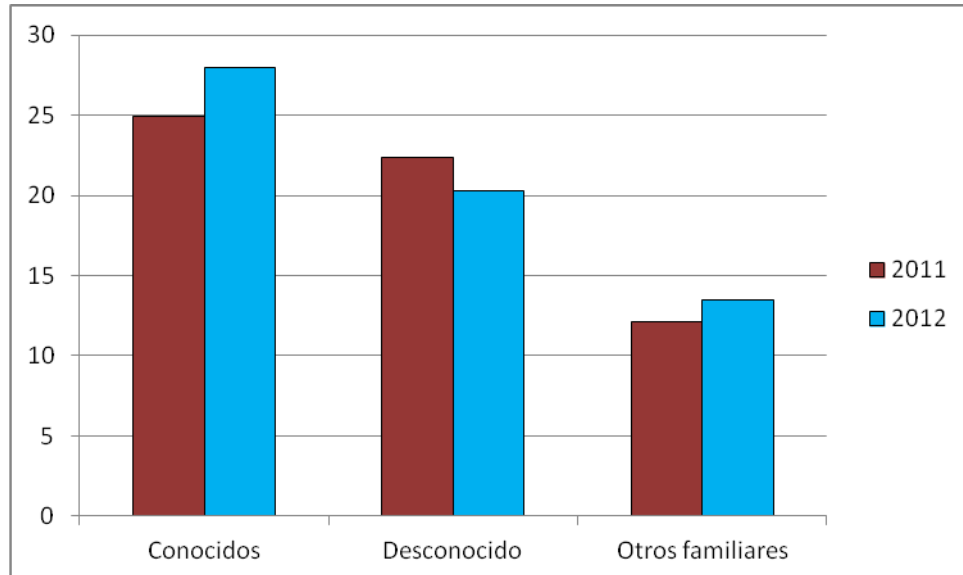


Fuente: Trabajo de grado “Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las veinte localidades del distrito capital durante el año 2011” elaborado por Alba Gonzalez y Constanza Florez y Base SIVIM 2012.

En el 2011, los hombres con un 87.1% son quienes más agreden sexualmente. En el 2012 este porcentaje aumenta a 92,6%. En el 2011, la localidad cuyo agresor es más frecuentemente masculino es Bosa con un 20.9% y le sigue Suba con un 14.2%. En el 2012, Bosa continua ocupando el primer lugar con 18,1% y el segundo lugar lo ocupa Kennedy con el 12,3%. En el 2011, es importante mencionar que las mujeres que agreden de forma sexual se presentan más en las localidades de Engativá con un 17.7% y Suba con un 15.1%. En el 2012, el primer lugar lo ocupa Bosa con 15,7% y el segundo es la localidad de Engativá con 13,8%. Candelaria no reporta casos de agresión por mujeres ni en el 2011, ni en el 2012.

Lo anterior revela la gravedad de la expresión de la violencia ejercida por la pareja hacia la mujer y se relaciona con el Estudio multipaís sobre salud de la mujer y violencia doméstica y con la investigación sobre Violencia sexual en Latinoamérica y El Caribe: Análisis de datos secundarios que refieren que a las mujeres adultas son sus parejas quienes más las agreden. (Sexual Violence Research Initiative SVRI, Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA, Organización Panamericana de la Salud OPS, 2010)

Gráfica 34. Distribución Porcentual de casos de Violencia Sexual según la relación con el agresor – Colombia en el 2011 y 2012.



Fuente: Trabajo de grado “Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las veinte localidades del distrito capital durante el año 2011” elaborado por Alba Gonzalez y Constanza Florez y Base SIVIM 2012.

En el 2011, en la violencia sexual los mayores agresores son conocidos con 24.9% y desconocido con 22.4%, también se puede encontrar bajo la categoría otros familiares se presenta una cantidad significativa de casos con un 12.1%. En el 2012 esta tendencia continua, notándose un aumento significativo en los casos de agresores conocidos.

Los resultados se relacionan con el estudio de Sexual Violence Research Initiative SVRI, Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA, Organización Panamericana de la Salud OPS publicadas en Violencia sexual en Latinoamérica y El Caribe: Análisis de datos secundarios, que relaciona las condiciones económicas precarias con el aislamiento social en este sentido se agudiza la agresión por parte de extraños o desconocidos. (Sexual Violence Research Initiative SVRI, Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA, Organización Panamericana de la Salud OPS, 2010)

VIII. CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados, se evidencia que la mujer es la principal víctima de los diferentes tipos de violencia presentada en la ciudad de Bogotá en los años 2011 y 2012, teniendo relación con estudios internacionales, donde la violencia contra la mujer es especialmente ejercida por su pareja y constituyéndose un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos. De acuerdo al estudio realizado en Colombia por medicina legal en el 2011, las mujeres representan el 88,4%, siendo la víctima principal de la violencia intrafamiliar. Bogotá refleja la misma situación que a nivel nacional.

En cuanto los grupos etáreos, la población infantil es la más afectada, teniendo en cuenta que son un grupo dependiente de sus cuidadores, siendo estos los principales victimarios. Los resultados encontrados concuerdan con el Informe Mundial sobre la violencia y la salud que señala que a mayor edad de las mujeres es mayor el riesgo de violencia física y para los hombres a menor edad mayor riesgo.

Con respecto al tipo de aseguramiento, el régimen contributivo presentó mayores casos de violencia física, y sexual, evidenciándose que un nivel de ingresos mayor no es un factor protector para este evento.

El estado civil más frecuente para todos los tipos de violencia es el soltero(a), lo cual es coherente con los resultados ya mencionados donde el maltrato infantil es más frecuente, sin embargo, se planteó desde la discusión de los resultados que cabe la posibilidad de que existan muchas mujeres adultas agredidas por su pareja que son solteras lo que podría implicar que no hay una formalización de la relación o que las agresiones son infligidas por novios, lo cual plantea el estudio de otro tipo de factores que clarifiquen y diluciden las condiciones y factores que hacen que se presente esta situación.

En relación con la escolaridad, el nivel educativo más frecuente en las violencias analizadas es el de secundaria incompleta y continúa el nivel de primaria incompleta. Estos niveles de escolaridad se relacionan con los resultados que señalan al maltrato infantil como la forma de violencia intrafamiliar predominante, pues los niños y niñas son los que más frecuentemente se encuentran en estos niveles educativos.

Para todos los tipos de violencia estudiados, el lugar en el cual más se ejerce la violencia es el hogar, con porcentajes superiores al 90%. En segundo lugar se encuentra la vía pública, lo que se relaciona con la violencia sexual infligida por desconocidos y su importante frecuencia de actos cometidos en vía pública. Pese a lo anterior, es relevante que el supuesto de seguridad y protección asociado con el hogar sea aparente y que los resultados lo señalen como el lugar más riesgoso para sufrir de violencia. Lo que también se relaciona con el

hecho de que la violencia intrafamiliar es una forma de ejercer poder asociada con la esfera de lo privado, sin embargo los avances en la legislación y la sensibilización hacia estas problemáticas hacen que se exhiban sus verdaderos índices. Estos resultados concuerdan con el Forensis 2011 que ubica a la vivienda como el lugar donde es más frecuente la agresión.

En cuanto a los tipos de secuelas, los resultados señalan que las de categoría otros son las más frecuentes. Así mismo, las secuelas de tipo emocional, es decir la tristeza y la angustia son las que le siguen en frecuencias. Por lo que se puede sugerir que además de las secuelas no especificadas, las secuelas de tipo emocional relacionadas con la tristeza, llanto, angustia y nerviosismo son resultado de la agresión infligida.

Las condiciones especiales analizadas en el presente trabajo como las gestantes presentan casos para todos los tipos de violencia estudiados. La mayor incidencia se observa en el tipo de violencia emocional (9,4%), seguida de la violencia sexual (7,2%).

Para la población en condición de discapacidad, también se observan casos en todos los tipos de violencia estudiados, observándose mayor incidencia en el tipo de violencia emocional con el 2,78% de los casos, seguida de la violencia sexual con 2,04%. Lo anterior se asocia a que los tipos de violencia más frecuentes en este tipo de personas son los relacionados a la dependencia, pues dado su estado y condición requieren de cuidados que no son efectuados por su red de apoyo familiar y que de no existir, deben ser cubiertos por la red de apoyo social. Sin embargo, esto se asocia a condiciones previas de vulnerabilidad que acentúan el aislamiento social de estas personas.

Para todas las expresiones de la violencia expuestas es la mujer la más violentada. Lo que se relaciona con que los agresores son en su mayoría hombres. Estos resultados concuerdan con los estudios de la Organización Mundial de la Salud sobre Violencia y Salud y sobre la Salud de la Mujer que señalan que dentro de las expresiones de la violencia intrafamiliar es la mujer la que principalmente se convierte en víctima.

En cuanto a la relación con el agresor, en la violencia física los mayores agresores son la pareja, seguida de la madre. En la violencia emocional son la madre y el padre. De esta manera los resultados concuerdan con el Forensis 2011: datos para la vida que señala a los padres como los agresores más frecuentes de sus hijos. En la violencia sexual se encuentra en primer lugar conocido, seguido de desconocido.

Comparando los resultados obtenidos en este estudio con los obtenidos en el trabajo de grado "Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en las veinte localidades del distrito capital durante el año 2011" elaborado por Alba González y Constanza Flórez, se observan algunas diferencias en algunas variables como lo son el tipo de aseguramiento, la gestante, persona en condición de discapacidad y relación con el agresor. En relación con el tipo de aseguramiento, en la violencia física y sexual se presentó un aumento considerable en los casos con régimen contributivo,

mientras que en la violencia emocional el régimen subsidiado continúa siendo el mayor, pero acortándose bastante la diferencia con el contributivo. Estos resultados contradicen lo encontrado en los estudios del Departamento Nacional de Planeación DNP y el Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico CEDE de la Universidad de los Andes, donde indican que ya sea a nivel individual o familiar; a menores ingresos o a menor capacidad económica mayor es el riesgo de violencia.

En la población gestante, se observó disminución marcada de casos de violencia física, emocional y sexual en la localidad de Suba. A su vez se identificó aumento de casos de estos tipos de violencia en la localidad de Ciudad Bolívar y de Engativá. De acuerdo al análisis de situación en salud de suba, esta localidad ha presentado una disminución en la tasa de fecundidad desde el 2010, lo que se podría potencialmente relacionar con la disminución de casos de violencia en esta población.

En cuanto la población en condición de discapacidad, en la violencia física se observa aumento de los casos en la localidad de San Cristóbal. En la violencia emocional existe aumento de casos en la localidad de Engativá; y en la violencia sexual hay aumento de casos en la localidad de Bosa. En el Diagnostico local realizado en San Cristobal en el 2011, se observo un aumento de la poblacion discapacitada desde el 2008 gracias a la información proporcionada por el Registro de Localización y Caracterización de Población con Discapacidad implementado en la localidad desde el 2005. Bosa también es una localidad que se encuentra en emergencia social, lo que puede tener relación con el aumento de casos. De acuerdo a los estudios de Cavanaugh, Messing, Del-Colle, O'Sullivan, & Campbell la condición de discapacidad es un factor de riesgo para las tendencias o conductas suicidas, por ello la importancia de intervenciones oportunas en este grupo.

Con respecto a la relación con el agresor, en la violencia física, se observa un aumento significativo en la variable pareja; en la violencia emocional no se identifican diferencias, y en la violencia sexual existe un aumento en los casos perpetrados por conocidos y disminución de los casos por desconocidos. La OMS en el Estudio multipaís sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer a través de información recolectada en diez países señala que entre un 15% y 71% de las mujeres que habiendo reportado pareja en algún momento de su vida habían sufrido de violencia física o sexual o ambas, donde se observan la influencia de factores sociodemográficos, culturales y económicos. Estos resultados también se relacionan con el estudio de Sexual Violence Research Initiative SVRI, Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA, Organización Panamericana de la Salud OPS publicadas en Violencia sexual en Latinoamérica y El Caribe: Análisis de datos secundarios, que relaciona las condiciones económicas precarias con el aislamiento social en este sentido se agudiza la agresión por parte de extraños o desconocidos.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos y el marco teórico se puede concluir que existen varios tipos de factores de riesgo de violencia tanto a nivel personal como a nivel de los distintos ambientes en los cuales interactúan las

personas. En la violencia influyen múltiples factores políticos, económicos y culturales que tienen consecuencias irreparables para los individuos, la familia y los distintos grupos de población. Cuya relación parece ser parte de una proyección necesaria en investigación.

En este estudio se puede concluir que el comportamiento de la violencia se presenta de manera diferente en cada localidad de la ciudad de Bogotá. Adicional, se encontraron algunas diferencias del comportamiento de este fenómeno entre el año 2011 y 2012. Ante estos resultados, se rechaza nuestra hipótesis nula.

Gracias a que este estudio es una continuación de un trabajo investigativo anterior, se logra describir de manera más específica la violencia teniendo en cuenta cada localidad y un periodo de tiempo mayor.

Adicional, esta investigación es la base para continuar con estudios posteriores que describan el comportamiento de la violencia en las diferentes localidades de la ciudad que se encuentran en emergencia social.

Una de las dificultades que se presentó en la realización de este trabajo, fue obtener información completa de la base de datos de SIVIM, debido a que algunos profesionales no diligencian adecuadamente el instrumento, y otras veces no se realiza el seguimiento adecuado a los casos.

IX. RECOMENDACIONES

De acuerdo al estudio realizado, la mujer es la principal víctima de violencia en el distrito capital de Bogotá; por ello la importancia de establecer políticas de salud encaminadas en el fortalecimiento de los derechos de la mujer y en la protección de este género vulnerable. Adicional a esto, es necesario fomentar espacios para el reporte y denuncia de los casos, para disminuir el subregistro y mejorar las fuentes de información al respecto.

Los resultados señalan que también los niños y las niñas son las víctimas más frecuentes de la violencia interpersonal; observándose la necesidad de favorecer ambientes adecuados y libres de violencia con el fin de generar cambios representativos y permanentes en este fenómeno.

Mejorar la recolección y procesamiento de la información usada en procesos sistemáticos de vigilancia epidemiológica; lo cual permita clarificar cualquier tipo de violencia, esto significa establecer categorías de forma más puntual que no impliquen grandes vacíos al momento del análisis. Este es el caso de la categoría “otros” en la variable “tipo de secuelas”, la cual deja a un lado cualidades importantes de la situación a estudiar. Igualmente, la categoría otros relacionada con el lugar en el cual se produce la violencia genera inconvenientes pues al analizar a qué lugar se podría referir las demás opciones cubrirían completamente las posibilidades. Lo anterior permite

mejorar la capacidad de análisis para el estudio de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y el abuso sexual.

Así mismo, es imperativo la creación de programas de promoción y prevención en relación con la salud mental de la población del distrito capital. A nivel familiar, se debe trabajar en el mejoramiento de vínculos parentales y a nivel social en la implementación de programas que posibiliten la sensibilización, concienciación a comunidades ante esta problemática.

Fomentar el control y sanción social de los comportamientos violentos. La elaboración de leyes que penalicen más fuertemente este tipo de situaciones, así como el fortalecimiento de las redes de apoyo social y comunitario a víctimas, hacen que se refuerce la percepción negativa hacia la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual. Sin embargo, esto no puede dejar de lado medidas que impliquen la planificación e implementación de políticas públicas que generen cambios sociales para la disminución de la pobreza y las brechas sociales que originan inequidad y exclusión.

Reforzar las respuestas a las víctimas de la violencia. Los sistemas nacionales de salud, en su conjunto, deberían aspirar a dispensar una asistencia de alta calidad a las víctimas de todos los tipos de violencia, así como los servicios de rehabilitación y apoyo necesarios para prevenir posteriores complicaciones. Esto puede contribuir a minimizar las repercusiones de la violencia sobre los individuos y su costo para los sistemas sanitarios y sociales, pero al diseñarlas y aplicarlas deben incluirse salvaguardas frente a la «revictimización», esto es, frente al hecho de poner a las víctimas en riesgo de sufrir nuevos actos violentos, censuras por parte de la familia o la comunidad, u otras consecuencias negativas.

Realizar seguimiento adecuado a todos los casos de violencia notificados, identificando las fallas presentadas actualmente en la recolección de los datos, con el fin de crear estrategias eficaces que permitan que esto sea posible.

Crear un real sistema de información para la realización de la respectiva vigilancia epidemiológica, que permita dimensionar de manera efectiva el comportamiento de este evento.

X. BIBLIOGRAFÍA

Aróstegui, J. (1994). Violencia, sociedad y política. *Ayer Madrid* , 17-55.

Asamblea Nacional Constituyente. (1991). Constitución Política de Colombia .

Barcelata Eguiarte, B., & Alvarez Antillón, I. (2005). Patrones de interacción familiar de madres y padres generadores de violencia y maltrato infantil. *Acta Colombiana de Psicología*, 13, 35-45.

Canaval, G., González, M., Humphreys, J., De León, N., & González, S. (2009). Violencia de pareja y salud de las mujeres que consultan a las comisarías de familia, Calí, Colombia. *Investigación y Educación en Enfermería*, 27 (2), 209-217.

Canavate, D. L. (2000). Investigación social y violencia en Colombia. *Reflexión Política* , 2 (3), 1-9.

Cavanaugh, C., Messing, J. T., Del-Colle, Melissa, O'Sullivan, C., & Campbell, J. (2011). Prevalance and correlates of suicidal among adult female victims of intimate partner violence. *Suicide Life Threatening Behavior*, 41 (4), 372-383.

Congreso de la República de Colombia. (1996). Ley 294 de 1996.

Congreso de la República de Colombia. (2000). Ley 575 de 2000.

Congreso de la República de Colombia. (2007). Ley 1146 de 2007.

Congreso de la República de Colombia. (2008). Ley 1257 de 2008.

Dalhberg, L. L. (Ed.). (2003). Recuperado el 19 de Marzo de 2013, de Organización Mundial de la Salud: http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/Violencia_2003.htm

Departamento Nacional de Planeación DNP, Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico CEDE -Universidad de los Andes. (2004). *Violencia en las familias colombianas: costos socioeconómicos, causas y efectos*. Bogotá.

Hernández, L. J. (2003). Evaluación de resultados e impactos de un modelo de salud mental basado en la comunidad en localidades de Bogotá D.C. *Revista de Salud Pública*, 5 (3), 272-283.

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses INMLCF. (2012). Forensis 2011. Datos para la vida. Bogotá.

Instituto Nacional de Salud INS. (17 de Octubre de 2012). Instituto Nacional de Salud INS. Recuperado el 28 de Septiembre de 2012, de Instituto Nacional de Salud INS: <http://www.ins.gov.co/temas-de-interes/Paginas/violencia-intrafamiliar-y-sexual.aspx>

Kalaca, S., & Dundar, P. (2010). Violence against women: the perspective of academic women. *BMC Public Health*, 10 (490), 1-7.

Molina Rico, J. E., Moreno Méndez, J. H., & Vásquez Amézquita, H. (2010). Análisis referencial de las representaciones sociales sobre la violencia doméstica. *Acta Colombiana de Psicología*, 13 (2), 129-148.

Montoya, V. (2012). Teorías de la Violencia Humana. *Razón y Palabra* (53).

Okuda, M., Olfson, M., Hasin, D., Gant, B., Lin, K., & Blanco, C. (2011). Mental Health of victims of intimate partner violence: results from the National Epidemiologic Survey and Related Conditions. *Psychiatry Service*, 62 (8), 959-962.

Onofre Guerra, R. (2000). Abuso sexual en niñas y niños. Consideraciones Clínicas (Bolivia). *Revista Chilena de Pediatría*, 71 (4), 27-37.

Organización de Naciones Unidas. (20 de Diciembre de 1993). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Ginebra, Suiza.

Organización Mundial de la Salud - OMS. (Agosto de 2010). Centro de Prensa de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 2 de Octubre de 2012, de Centro de Prensa de la Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>

Organización mundial de la salud. (2002). *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. Washington, D.C.: OPS.

Organización Mundial de la Salud. (2005). Estudio multipaís de la OMS sobre la salud de la mujer y violencia doméstica .

Organización Mundial de la Salud. (Agosto de 2010). Centro de Prensa Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 29 de Septiembre de 2012, de Centro de Prensa Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/index.html>

Orpinas, P., & De los Ríos, R. (1999). La violencia: del conocimiento a la prevención. *Revista Panamericana de Salud Pública* , 211-214.

Presidencia de la República Colombia. (1984). Decreto 1562 de 1984.

Presidencia de la República Colombia. (2006). Decreto 3518 de 2006.

Procuraduría General de la Nación - Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional USAID - Organización Internacional para las Migraciones OIM. (2008). Prevención, atención y detección de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual desde las acciones de gobernaciones y alcaldías: una mirada del Ministerio Público en desarrollo de su función preventiva. Bogotá: Impresol Ediciones.

Profamilia. (2011). Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2010. Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2010 . Colombia.

Rey Anacona, C. A. (2009). Maltrato de tipo físico, psicológico, emocional, sexual y económico en el noviazgo: un estudio exploratorio. *Acta Colombiana de Psicología*, 12 (2), 27-36.

Ritzer, G. (1993). Teoría Sociológica Contemporánea (Tercera ed.). Madrid, España: Mc Graw Hill.

Ruiz, E. E. (2003). *Violencia de género y procesos de empobrecimiento. Estudio de la violencia contra las mujeres por parte de su pareja o ex-pareja sentimental*. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales . Alicante: Universidad de Alicante.

Secretaria de Salud de Bogotá. (Marzo de 2013). *Secretaria Distrital de Salud de Bogotá*. Recuperado el 25 de Marzo de 2013, de <http://www.saludcapital.gov.co>

Secretaría Distrital de Salud. (2011). *Guía Operativa Sistema de Vigilancia en Salud Pública de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual*. Bogotá.

Sexual Violence Research Initiative SVRI, Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA, Organización Panamericana de la Salud OPS. (2010). *Violencia sexual en Latinoamérica y El Caribe: Análisis de datos secundarios*.

Silva, A., & Gross B., M. A. (2003). La Violencia Soportada. *FERMENTUM: Revista Venezolana de Sociología y Antropología* , 13 (37), 381-404.

ANEXO 1. Ficha de notificación al sistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual



Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar Maltrato infantil y Violencia Sexual



Información General

Eventos Individuales-Cara A

Id Evento

Fecha Notificación	Semana Epidemiológica	Año	Nombre Entidad
--------------------	-----------------------	-----	----------------

Identificación del Paciente

Tipo Doc	Identificación	Fecha Nacimiento	Edad	Medida Edad	Sexo
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido		
Dirección Residencia	Localidad	Barrio	Teléfono		
Pertenencia Etnica	Grupo Poblacional	Ocupación	Tipo Aseguramiento		
Entidad Administradora	Estado Civil	Nivel Educativo			

Notificación

Municipio	Area Proc.	Fecha Notificación	Fecha Consulta	Clasif. caso
Hospitalizado	Condición Final	Fecha Defunción	Nombre Profesional	Ajustado

Datos básicos adicionales

Eventos Individuales - Cara B

Tipo Afiliado	SED	Nivel Sisben	Atención
Conformación Familiar			Situaciones Especiales
<input type="checkbox"/> Solo(a)	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Madrastra	<input type="checkbox"/> Pareja
<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Padastro	<input type="checkbox"/> Hermanos	<input type="checkbox"/> Hijos
<input type="checkbox"/> Otros			
			Mujer Gestante
			Discapacidad
			Identidad Género

Situación de Violencia

	Emocional	Física	Sexual	Económica	Negligencia	Abandono
Lugar de Ocurrencia						
Ocurrió Antes ?						
Explotación Sexual						
1er Agresor						
Sexo						
Edad						
Relación						
Drogas						
2do Agresor						
Sexo						
Edad						
Relación						
Drogas						
3er Agresor						
Sexo						
Edad						
Relación						
Drogas						
4to Agresor						
Sexo						
Edad						
Relación						
Drogas						
5to Agresor						
Sexo						
Edad						
Relación						
Drogas						



Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar Maltrato infantil y Violencia Sexual



En el momento de la atención presenta:

- ☐ Hematomas o Moretones
- ☐ Dolores corporales
- ☐ Fracturas
- ☐ Tristeza o Llanto
- ☐ Angustia Nerviosismo
- ☐ Problemas para dormir
- ☐ Otros Problemas

Manejo en la institución:

- ☐ Atención Médica
- ☐ Asesoría Psicológica
- ☐ Asesoría Legal
- ☐ Protección
- ☐ Orientación
- ☐ Remisión
- ☐ Otra Atención

Seguimiento del Caso

Donde se Detectó el Caso <input style="width: 100%;" type="text"/>		Valoración Riesgo Vital <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Empresa Responsable del Seguimiento <input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>	
¿Se programó Visita domiciliaria?	<input type="checkbox"/>	Fecha Inicio Seguimiento	<input type="text"/>
¿Se realizó visita domiciliaria?	<input type="checkbox"/>	Fecha Programación Visita	<input type="text"/>
¿Se realizó Remisión Inicial?	<input type="checkbox"/>	Donde Remisión Inicial	<input type="checkbox"/>
		- Centro Zonal ICBF	<input type="checkbox"/>
		- Comisaría de Familia	<input type="checkbox"/>
		- Unidad de delitos sexuales	<input type="checkbox"/>
		- CURN	<input type="checkbox"/>
		- Medicina Legal	<input type="checkbox"/>
		- Paquete de salud mental	<input type="checkbox"/>
		- Otra Institución	<input type="checkbox"/>
Actividad Seguimiento		Caso Cerrado en	
- No Aplica	<input type="checkbox"/>	- Cumplimiento en atención integral en salud	<input type="checkbox"/>
- Seguimiento telefónico	<input type="checkbox"/>	- Inicio de Judicialización	<input type="checkbox"/>
- Visita domiciliaria	<input type="checkbox"/>	- Atención integral en curso	<input type="checkbox"/>
- Monitoreo a la entidad	<input type="checkbox"/>	- Cumplimiento en atención integral en salud e Inicio de Judicialización	<input type="checkbox"/>
Caso Fallido <input type="checkbox"/>		Fecha cierre de caso <input style="width: 100%;" type="text"/>	

Observaciones